

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

JANILCE DORNELES DE QUADROS

**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE
ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre - RS

2021

JANILCE DORNELES DE QUADROS

**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE
ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de mestrado profissional apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Políticas Públicas.

Porto Alegre - RS

2021

CIP - Catalogação na Publicação

DE QUADROS, JANILCE
TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE
ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL / JANILCE DE
QUADROS. -- 2021.
136 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Educação Permanente em Saúde. I. dos Santos Rosa,
Roger, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

1 JANILCE DORNELES DE QUADROS

**TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA DO
RIO GRANDE DO SUL**

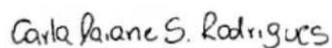
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Presidente da Banca – Orientador
UFRGS



Prof. Dra. Carla Daiane Silva Rodrigues
Membro da banca
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul



Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Membro da banca
UFRGS



Prof. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Membro da banca
UFRGS

Dedico este trabalho a todos aqueles a quem esta pesquisa possa contribuir de alguma forma e a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, que enfrentam dificuldades diárias nos serviços e mesmo com todos os desafios não medem esforços para prestar um atendimento de qualidade à população.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem ele nada seria possível;

À minha mãe, pilar da minha formação como ser humano e exemplo de mulher;

Ao meu pai, meu maior incentivador;

Ao Mateus, meu companheiro de todas as horas, pelo apoio incondicional, por suportar todos os meus momentos de estresse durante o processo, pela compreensão com as minhas horas de ausência. Te amo;

Aos meus irmãos, meus grandes incentivadores que sempre me ajudaram com suas experiências e conhecimentos;

Aos meus sogros, Gelson e Dione, pelo apoio, incentivo e trocas de experiências durante as longas noites de conversas;

Ao meu estimado orientador, Professor Doutor Roger dos Santos Rosa, pela dedicação, paciência, compreensão, clareza nas orientações, simplicidade e disponibilidade. Obrigada pela generosidade;

Aos profissionais participantes desta pesquisa, os quais qualificaram os produtos deste trabalho, a partir de sua valiosa experiência;

Aos meus colegas do mestrado, pelo ambiente amistoso no qual convivemos e solidificamos os nossos conhecimentos;

Aos colegas da Secretaria Estadual de Saúde, em especial à Carla, Raissa, Tainá e Manuela, por todo o companheirismo ao longo deste percurso;

À Doutora Carla Jarczewski, Silvana Zanella e Rosa Albuquerque, pelo compartilhamento dos seus conhecimentos;

E por último, mas não menos importante, às minhas cachorras, pelo amor incondicional, gestos de carinho, olhar sincero e livre de julgamentos.

Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. E que a liberdade seja a nossa própria substância.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Trata-se do trabalho de conclusão de curso do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual tem por objetivo a qualificação das Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na atenção primária à saúde (APS). Estas ações ocorreram por meio de estratégias de Educação Permanente em Saúde. O Rio Grande do Sul apresenta em média 5 mil casos novos de tuberculose pulmonar ao ano os quais, somados a aproximadamente 1,5 mil casos de usuários em retratamento, resultam anualmente em 6,5 mil casos de tuberculose. Considerando o impacto relevante da tuberculose na saúde pública, prestar assistência qualificada aos usuários com este agravo, no nível da APS, prevenirá complicações e internações desnecessárias. Neste sentido, a partir da necessidade de qualificar as equipes de Atenção Primária em relação à temática da tuberculose, foi elaborada uma Nota Técnica com orientações sobre o papel desse nível de atenção no controle da Tuberculose em 2020-2021. A Nota Técnica foi produzida a partir de pesquisa de caráter exploratório descritivo com análise qualitativa, desenvolvida com as 19 Coordenações Regionais de Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul. Foi utilizado um questionário autoaplicado a partir do qual foi elaborado o documento. Dos 19 participantes, foram obtidas 15 respostas, 3 abstenções e uma negativa. Além disso, realizou-se em 2021 uma oficina de educação permanente para discussão da Nota Técnica, no qual estavam presentes as Coordenações Regionais de Atenção Básica, representações Regionais da Tuberculose e os 20 municípios do RS com maior carga de Tuberculose. A elaboração do documento, bem como a realização da oficina, proporcionou uma aproximação do Departamento de Atenção Primária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Observou-se a participação ativa das Coordenadorias Regionais no processo de elaboração da Nota e por meio da oficina promoveu-se o debate das atribuições da Atenção Básica em relação à tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada.

ABSTRACT

This is the master's thesis of the Postgraduate Program in Health Education - Professional Master's, at the Federal University of Rio Grande do Sul, which aims to qualify the Regional Coordination of Primary Care of the State Health Department of Rio Grande do Sul for tuberculosis actions in primary health care (PHC). These actions took place through Permanent Health Education strategies. Rio Grande do Sul state has an average of 5,000 new cases of pulmonary tuberculosis per year which, added to approximately 1,500 cases of users undergoing retreatment, result in 6,500 cases of tuberculosis annually. Considering the relevant impact of tuberculosis on public health, providing qualified care to users with this condition, at the PHC level, will prevent complications and unnecessary hospitalizations. In this sense, based on the need to qualify the Primary Care teams in relation to the topic of tuberculosis, a Technical Note was prepared with guidelines on the role of this level of care in the control of Tuberculosis in 2020-2021. The Technical Note was produced from a descriptive exploratory research with qualitative analysis, developed with the 19 Regional Coordination of Primary Care in the State of Rio Grande do Sul. Of the 19 participants, 15 responses were obtained, 3 abstentions and one negative. A self-applied questionnaire was used from which the document was prepared. In addition, in 2021, a permanent education workshop was held to discuss the Technical Note, which included the Regional Coordination of Primary Care, Regional Tuberculosis representations and the 20 municipalities in RS with the greatest burden of Tuberculosis. The preparation of the document, as well as the holding of the workshop, brought the Department of Primary Care of the State Health Department of Rio Grande do Sul closer to the State Program for Tuberculosis Control. The active participation of the Regional Coordinations in the process of drafting the Note was observed and, through the workshop, the debate on the attributions of Primary Care in relation to tuberculosis was promoted.

Keywords: Tuberculosis. Unified Health System. Primary Health Care. Education, Continuing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação gráfica das estratégias mencionadas de Educação Permanente em Saúde pelas Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020	62
Figura 2- Imagem da Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica- momento da abertura	69
Figura 3- Imagem da Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica - fala inicial da representação da Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose	69
Figura 4- Imagem da Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica- momento final da discussão	70
Figura 5- Representação gráfica da pesquisa de opinião aplicada no momento da oficina de educação permanente da Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Relação dos objetivos específicos com as questões.....	30
Quadro 2- Desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde -RS, 2020	34
Quadro 3- Contribuições para elaboração da Nota Técnica Conjunta nº 01/2021- Tuberculose na Atenção Básica, SES/RS, segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020. Apresentação dos resultados a partir do eixo 2	37
Quadro 4- Contribuições para o desenvolvimento da oficina de Educação Permanente em Saúde, apresentação dos resultados a partir do eixo 3, segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tempo de atuação na Coordenação Regional de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020	34
Tabela 2 – Tempo de atuação na Coordenação Estadual de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACE - Agente de Combate a Endemias

APS - Atenção Primária à Saúde

BCG - Bacilo de *Calmette e Guérin*

BK - Bacilo de Koch

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CES - Câmara de Educação Superior

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIES - Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço

CNE - Conselho Nacional de Educação

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

CRTB - Centros de Referências para o Tratamento da TB

DOTS - *Directly Observed Treatment-short*

EAP - Equipes de Atenção Primária

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

GM - Gabinete do Ministro

HIV - *Human Immuno-Deficiency Virus*

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

NT - Nota Técnica

NURESC - Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva

OMS - Organização Mundial da Saúde

PECT - Programa Estadual de Controle da Tuberculose

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PI - Piauí

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

POP - População

PPD - *Purified Protein Derivative*

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SARS-Cov-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SR - Sintomáticos Respiratórios

SSC - Serviço de Saúde Comunitária

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TODO - Tratamento Diretamente Observado

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	17
2 Objetivos	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 Referencial Teórico	21
3.1. Educação Permanente em Saúde	21
3.2. Acompanhamento do portador de tuberculose na Atenção Primária à Saúde	24
3.3 Metodologias de aprendizagens.....	27
4 Metodologia	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Cenário da pesquisa e participantes	29
4.3 Procedimentos de produção e análise de dados	30
4.4. Recomendações sobre ética na pesquisa.....	32
5. Apresentação de resultados	34
6. Discussão	46
6.1 Discussão dos dados emergentes do Eixo 1	48
6.2 Discussão dos dados emergentes do Eixo 2	52
6.3 Discussão dos dados emergentes do Eixo 3	62
7 Produtos	66
7.1 Registros da Oficina	68
8 Considerações Finais	71
Referências	74
Apêndice A – Instrumento para coleta de dados	88
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	90
Apêndice C – Termo de anuência institucional - Direção do PECT/RS	92
Apêndice D - Termo de anuência institucional - Direção do Departamento de Ações em Saúde	93
Apêndice E – Convite para o evento de divulgação da Nota Técnica Conjunta nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica	94
Apêndice F – Nota Técnica conjunta 01/2021 – Tuberculose na Atenção Básica	96
Anexo A – Recomendação CES/RS nº 04/2021	123

Anexo B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	125
Anexo C - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde -RS	131
Anexo D - Relatório Ação de Extensão UFRGS	135

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* que afeta principalmente os pulmões (tuberculose pulmonar) e pode atingir outros órgãos, como intestino, rins, pele, gânglios linfáticos, ossos e pleura (tuberculose extrapulmonar) (PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, 2018). A tuberculose foi considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública, além de uma doença de extrema relevância mundial, o que se deve pelo fato de ser a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando, por exemplo, o HIV (BRASIL, 2018a).

A incidência de tuberculose no Brasil foi de 33,5 casos/100 mil hab./ano no período de 2008 a 2017, sendo considerada alta, pois a meta da OMS é reduzir a incidência para menos de 10 casos/100 mil hab./ano até 2035 (BRASIL, 2018a). Já a mortalidade por tuberculose atingiu 2,1 óbitos por 100 mil hab./ano no período 2007 a 2016. Mais recentemente, foram notificados 73.864 casos da doença no país e 4.490 óbitos de tuberculose em 2019. Na classificação da Organização Mundial da Saúde, o Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª posição no que se refere à coinfeção tuberculose/HIV (MOREIRA; KRITSKI; CARVALHO, 2020).

Considerando os indicadores dos estados brasileiros, o coeficiente de incidência variou de 10 a 74 casos por 100 mil habitantes/ano no ano de 2017. O estado do Rio Grande do Sul (RS) ocupou o quarto lugar em incidência da doença (39,5 casos por 100 mil habitantes) e o terceiro dentre as unidades federadas do país em relação ao número total de casos novos de tuberculose (4.467) em 2017. Além disso, no ano de 2016, foi o segundo estado com o menor percentual (17,5%) de casos novos de tuberculose que realizaram o tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2018b).

Em relação à taxa de abandono de tratamento, o Brasil ficou muito aquém do esperado, em comparação à meta da OMS de 5%, pois apresentou 10,3% de abandono em 2016. No Rio Grande do Sul, esse percentual foi ainda maior, 13,5%. Porto Alegre, por sua vez, retratou a segunda pior taxa de abandono entre as capitais, correspondendo a 21,8% no mesmo ano (BRASIL, 2018a).

Para dar conta deste cenário, as ações de controle da tuberculose são desenvolvidas, organizadas e operacionalizadas com a oferta de ações e serviços, nos três níveis de atenção à

saúde¹, em uma rede de assistência regionalizada operante em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde reconhece a Atenção Primária à Saúde² (APS) como o centro de comunicação da rede de atenção, responsável pelo cuidado contínuo e integral, compartilhando objetivos e estabelecendo relações horizontais entre os pontos da rede. Experiências têm demonstrado que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. A Atenção Primária à Saúde melhora a efetividade, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, no escopo das atribuições da Atenção Primária à Saúde no cuidado a todos os ciclos vitais conforme consta na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, dentre outros, estão previstos: a prevenção, o rastreamento de sintomáticos respiratórios, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da pessoa com tuberculose (tratamento de primeira linha, tratamento diretamente observado, rastreamento em sintomáticos respiratórios e busca de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar) (BRASIL, 2019c). Considerando o impacto relevante da tuberculose na saúde pública, prestar assistência qualificada aos usuários com este agravo, no nível da APS, prevenirá complicações e internações desnecessárias, já que a doença está na lista brasileira de condições sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2011a).

Do ponto de vista pessoal, além dos aspectos já abordados, a experiência de trabalhar com a pauta da tuberculose, na gestão estadual da Atenção Básica desde o ano de 2018, contribuiu significativamente para a compreensão desta mestrandia em Ensino na Saúde e aluna-pesquisadora da dimensão ampliada da assistência à saúde e os obstáculos estruturais, econômicos e políticos que interferem no alcance de indicadores de saúde favoráveis e de organização dos serviços. Foi possível perceber que municípios com boas taxas de coberturas de estratégia de saúde da família e atenção básica não necessariamente conseguem impactar positivamente em vários de seus indicadores de saúde. Para tanto, além de boas

¹ Primeiro nível: unidades de saúde da Atenção Básica (AB); nível secundário: Centros de Referências para o Tratamento da TB (CRTBs) ou os ambulatórios de serviços de atendimento especializado (SAE); nível terciário: os hospitais gerais ou hospitais de longa permanência para o tratamento da TB (BRASIL, 2019a).

² Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos, os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2 (BRASIL, 2017b).

coberturas, se faz necessário qualificar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde no atendimento à população, o que deve ser papel de todas as instituições, sejam públicas ou privadas. A Universidade, enquanto instituição que deve manter uma relação orgânica com a sociedade, pode contribuir para que o conhecimento produzido e para que as diretrizes das políticas de saúde alcancem de maneira mais efetiva os profissionais que estão inseridos neste nível de atenção.

Isto posto, faz-se necessário qualificar o atendimento prestado pelas equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em relação às questões da tuberculose, sendo possível utilizar como multiplicadores deste processo as Coordenações Regionais de Atenção Básica. Este diagnóstico ocorreu por meio de contatos da aluna-pesquisadora com as Coordenadorias Regionais de Atenção Básica, além de espaços de discussões com os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Saúde do RS.

Para tanto, pretende-se responder a questão: como podemos qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde?

Considerando a necessidade de qualificar as equipes de Atenção Primária em relação à temática tuberculose, elaborou-se uma Nota Técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose a partir das contribuições de gestores regionais descentralizados no âmbito da gestão estadual do Sistema Único de Saúde.

Outrossim, visa-se em última instância impactar no aumento dos índices de cura, na redução do abandono do tratamento e, conseqüentemente, na redução da transmissão de tuberculose na população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Enumerar os desafios e as potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária à Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica;
- b) Elaborar nota técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose; e
- c) Desenvolver oficina de capacitação sobre tuberculose com as Coordenações Regionais de Atenção Básica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, são apresentados três assuntos relacionados ao tema escolhido para a pesquisa: (i) educação permanente em saúde; (ii) acompanhamento do portador de tuberculose na atenção primária à saúde; e (iii) metodologias de aprendizagens.

3.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) possui uma definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise. Este processo possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no ambiente de trabalho. A EPS, ao mesmo tempo em que disputa a atualização cotidiana das práticas, insere-se em uma construção necessária de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes às práticas organizacionais, às instituições e/ou o setor da saúde e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, envolvendo as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

O Ministério da Saúde articulou várias estratégias e políticas voltadas para a formação e a qualificação dos trabalhadores de saúde, adequando-as às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do sistema. Originalmente, por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, na qual o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e da Portaria GM/MS nº 1996/2007, que dispôs sobre as diretrizes para a implementação da referida política, a PNEPS instalou-se como uma ação estratégica do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, considerando as especificidades e as necessidades de formação regionais (BRASIL, 2007). A PNEPS considera que a Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2017b).

Segundo Merhy *et al.* (2006), a Educação Permanente em Saúde é realizada no âmbito do trabalho e destina-se a refletir sobre esse processo considerando as necessidades de saúde dos usuários/população. É reconhecida por articular a atenção à saúde, a formação, a gestão e o controle social para a transformação das práticas de saúde e da organização no trabalho.

Na perspectiva de Freire (2005), a educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas. No trabalho, a problematização das práticas de saúde possibilita a compreensão e busca de nexos, e a partir deste conhecimento, se faz o processo reflexivo. Para Feuerwerker (2005), o engajamento dos trabalhadores na ação de repensar as práticas e atuar positivamente mediante o diálogo é estimulado ao reconhecer seus conhecimentos prévios, aspecto fundamental à EPS.

Na modalidade educativa da EPS, propõe-se a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, a mudança das estratégias pedagógicas e a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de construir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas, para além do que está estabelecido, mesmo na repetição dos atos em saúde. É a partir destes processos e encontros, que a Educação Permanente acontece (CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019). Para o desenvolvimento das práticas de Educação Permanente em Saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) expõem que uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras.

Nesta perspectiva, a proposta de Educação Permanente em Saúde destaca a importância do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Busca a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Estimula a produção de saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito das práticas de trabalho em saúde numa dada situação e com postura crítica (CECCIM, 2005). Ademais, corroborando Merhy *et al.* (2004), reconhece-se que os trabalhadores da saúde são potentes dispositivos de mudança dos serviços assistenciais.

Assim sendo, é necessário evidenciar a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social. Ainda neste aspecto, Mitre (2008) apresenta ser fundamental a participação coletiva e democrática na implantação de qualquer mudança, já que todos os sujeitos estão interligados em uma rede.

Dessa maneira, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho das equipes. Além disso, faz-se necessário referenciais que orientem essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção (CECCIM, 2005).

A EPS possui destaque, segundo Ceccim e Ferla (2008), devido a existência de uma ligação entre educação/trabalho/cidadania, superando o processo de ensino-aprendizagem para uma política de educação e saúde e reforçando a ligação política entre saúde e educação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Corroborando com estes aspectos, Besen *et al.* (2007) propõem que o trabalho educativo a ser feito deve extrapolar o campo da informação, integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas.

Outrossim, a Atenção Primária à Saúde cumpre um papel estratégico para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde por meio do seu estabelecimento de relações contínuas com a população, do acesso e vínculo com dos usuários, construção da cidadania e busca de autonomia (BESEN *et al.* 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ainda neste contexto, ressaltam-se algumas iniciativas, como o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e, ainda, o AprenderSUS. São mecanismos para estabelecer relações de cooperação do SUS com os diferentes atores da educação, tendo como principal objetivo fortalecer sua capacidade de ação e proposição em relação aos movimentos de mudança na formação; enfatizando uma formação mais voltada para as demandas sociais do SUS (SILVA *et al.*, 2017).

Portanto, para a consolidação e o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde como reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, demanda-se um saber e um fazer em educação permanente que sejam inseridos na prática concreta dos serviços de saúde. Diante disso, a EPS é uma estratégia para que as mudanças se consolidem, gerando impacto na vida das pessoas e nos processos resolutivos da atenção básica. Sendo imprescindível que esteja na agenda dos gestores e trabalhadores (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

3.2. ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A tuberculose é um problema de resolução no nível da Atenção Primária à Saúde, na grande maioria dos casos. As equipes de saúde com capacitação podem interferir positivamente, seja por meio da investigação dos sintomáticos respiratórios, do diagnóstico precoce dos casos, do tratamento com esquema básico e/ou do acompanhamento próximo ao local da residência das pessoas, facilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono (BRASIL, 2017a).

O cuidado integral e longitudinal às pessoas com tuberculose e suas famílias na Atenção Primária à Saúde envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2017a). Nesta perspectiva, a importância do trabalho em conjunto do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate a Endemias (ACE) tem sido reafirmada, pois ambos são membros da equipe de saúde que possuem vínculo estratégico com as famílias e o território, facilitando as ações e fortalecendo a informação e a mobilização da população (BRASIL, 2018b).

O trabalho multidisciplinar, assim, é essencial nas discussões para a construção de um processo compartilhado, assim como na elaboração de protocolos assistenciais, criando espaços para a gestão de casos e da clínica. Dessa forma, a integração de diferentes profissionais agrega esforços para o controle de doenças e agravos à saúde, seja na suspeita, na identificação dos casos e nas ações no ambiente, além de disseminar informações.

Assim sendo, é imprescindível pensar em estratégias integradas de ações da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde, sendo fundamental que os profissionais tenham conhecimento do seu território, determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, situações de risco sanitário, contextos locais cobertos por Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), áreas de fronteira, e populações de risco dentro do território como a população privada de liberdade, a população em situação de rua e a população indígena.

Também é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade. Para tanto, as ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da atenção básica, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção para a promoção e a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018b).

Em relação à produção de cuidados à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde, as equipes de saúde da família podem alcançar bons resultados no tratamento, devido à

longitudinalidade do cuidado e à proximidade dos profissionais ao contexto de vida dos usuários. Operacionalmente, pode-se citar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, a implementação da política do tratamento diretamente observado, além do desenvolvimento de ações múltiplas e acolhedoras (SHUHAMA et al., 2017).

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017a). O rastreamento dos sintomáticos respiratórios para o diagnóstico precoce da tuberculose é, em conjunto com o tratamento dos casos, uma das ações mais importantes para a interrupção da cadeia de transmissão e a redução da incidência da doença na comunidade, sendo a estratégia mais efetiva para reduzir custos e aumentar a detecção de casos de tuberculose.

A busca de sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O rastreamento de casos sintomáticos respiratórios pode ocorrer de duas formas:

- a) Busca Passiva: é aquela em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde;
- b) Busca Ativa: é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade como um todo (PARANÁ, 2018).

O tratamento diretamente observado (TDO) é outro elemento estratégico, o qual visa ao fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a redução dos casos de abandono e o aumento da probabilidade de cura. O tratamento diretamente observado é mais do que ver a deglutição dos medicamentos pelo paciente. É necessário construir um vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, bem como com o serviço de saúde. A escolha desta modalidade deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o usuário, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. O usuário pode se deslocar ao serviço para receber a medicação ou o profissional do serviço ir ao domicílio (BRASIL, 2011b).

O Agente Comunitário de Saúde tem papel essencial para o êxito do tratamento diretamente observado, estabelecendo vínculo e diálogo com o usuário. A realização do TDO é uma das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, o qual deve fazer a observação das tomadas de medicação de segunda-feira a sexta-feira. Caso não seja possível, no mínimo três vezes por semana, supervisionado semanalmente por um profissional de enfermagem. Além do ACS, a observação pode ser feita por profissionais de outros equipamentos (Centros de

Referência Especializado para População em Situação de Rua- Centro POP, abrigos institucionais, Centros de Atenção Psicossocial e outros parceiros) desde que supervisionados por um profissional de saúde (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que o tratamento da tuberculose pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul persiste como um desafio. Analisando o trabalho realizado pelas equipes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) pode-se dizer que é possível implantar na Atenção Primária à Saúde o controle da TB de forma descentralizada por meio de uma Ação Programática e de referências pactuadas (BRASIL, 2017a).

Posto isso, qualificar as ações de controle da tuberculose para os serviços de Atenção Primária à Saúde pode contribuir para (BRASIL, 2011a; 2017a):

- a) O aumento na identificação de casos dentro do território (através da busca ativa de sintomáticos respiratórios);
- b) O diagnóstico oportuno dos pacientes (antes que os mesmos transmitam tuberculose para outras pessoas);
- c) O início imediato do tratamento (evitando que o paciente necessite passar por vários serviços até receber o medicamento, já que o tratamento possui duração de, no mínimo, 6 meses);
- d) A supervisão dos tratamentos iniciados (ou seja, realizando o TDO), evitando que os pacientes abandonem por conta própria o tratamento.

Dessa maneira, a APS deve ser capaz de realizar: o tratamento do esquema básico de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos, a busca de sintomáticos respiratórios, a avaliação de contatos e a realização de TDO.

Ressalta-se que, por mais que o tratamento para tuberculose permaneça centralizado em unidade de referência na maioria dos municípios, recomenda-se que para uma descentralização segura, inicialmente, se proceda minimamente a busca ativa de sintomáticos respiratórios, a avaliação dos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar e a realização de TDO (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, as Coordenações Regionais de Atenção Básica possuem um papel-chave em relação à organização da Atenção Primária à Saúde nos municípios, visto que são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento dessas ações e serviços em determinado território, tendo por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde no âmbito da Atenção Primária (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

3.3 METODOLOGIAS DE APRENDIZAGENS

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica (CAPRA, 2006).

O processo ensino-aprendizagem, da mesma forma, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e a repetição dos mesmos - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) - tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (BEHRENS, 2005).

Considerando-se que a graduação dura alguns anos enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas e que os conhecimentos e competências vão se transformando velozmente, torna-se essencial pensar novas metodologias para uma prática de educação formadora de profissionais crítico-reflexivos. A prática educativa crítica envolve o movimento dinâmico do fazer e do pensar sobre o fazer com a reflexão crítica sobre a prática atual que pode desenvolver mecanismos de mudança (FREIRE, 2005).

Deste modo, a educação no trabalho vai além da interação entre trabalhadores, gestores e usuários e também contempla o conjunto de saberes técnico-científicos que fundamentam o escopo de ações de saúde consagradas na atenção às necessidades dos usuários. Freire (2006) relata que uma alternativa segura para eliminar as fronteiras entre diferentes atores é o diálogo, que funciona como um potencializador da elaboração de conflitos e permite o trabalho coletivo. No entanto, discutir novas formas de “ensinagem” torna-se um desafio, pois:

[...] tudo o que ensinamos, apreendemos e fazemos está ancorado em saberes e práticas parciais e provisórias, que resultam de disputas travadas em diversos âmbitos do social e da cultura. Admitir isso não é simples, pois quando se trata de educar, em quaisquer âmbitos e relações, somos colocados diante da necessidade de mudar a lógica do nosso pensamento em relação a vários aspectos do que aprendemos e inventamos (MEYER *et al.*, 2018, p.109).

Sendo assim, admitir que educar na área da saúde é um componente do cuidado que se relaciona com certos modos de ensinar e aprender (MEYER *et al.*, 2018) implica em compreender que diferentes relações transversais nas suas mais variadas formas e lugares atravessam esse processo (MARTA; TEIXEIRA, 2016). Para tanto, é importante que haja espaços de discussão, construção de consensos, acordos por meio da ação de combinar e

recombinar estratégias para o planejamento das ações educativas dos trabalhadores para possibilitar resultados da atenção à saúde. A busca de consensos entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho configura um meio de negociação direcionada a determinado fim, por isso o trabalho em saúde e a educação no trabalho compõem ação instrumental e ação comunicativa (SILVA; PEDUZZI, 2011).

É preciso, pois, investir nos processos e desenhos de educação permanente dos trabalhadores, na produção de conhecimentos e de práticas que privilegiem as intercomunicações dos serviços de saúde e que sejam capazes de assegurar o cuidado integral e uma resposta adequada aos usuários (WARMLING; MARQUES; ROSA, 2019). A participação coletiva e democrática é fundamental na implantação de qualquer mudança. Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos.

Desta forma, vale ressaltar que, nas ações de participação colaborativa, a negociação requer a disposição cooperativa dos indivíduos em situação nas quais não há neutralidade entre as relações de poder, de tal modo que os compromissos assumidos equilibrem os interesses conflitantes (ARAGÃO, 2002). Passamos, então, a ser sujeitos de certas estratégias biopolíticas, como processo de regulação da vida, cujas ações, quando colocadas em funcionamento, passam a atuar de acordo com a governamentalidade circunscrita (FOUCAULT, 2008b).

Isto posto, a educação do trabalhador assume um papel fundamental para o funcionamento dos modelos em saúde que se concebem e se organizam a partir de desenhos organizacionais em redes colaborativas e comunicativas. Ao constituir-se como processo permanente, precisa desenvolver a percepção dos trabalhadores enquanto aprendizes constantes, que se monitoram e conduzem-se ao aperfeiçoamento continuado (WARMLING; MARQUES; ROSA, 2019).

Portanto, a constituição de um saber pode ser configurado como um espaço em que o sujeito pode tomar a posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso, ao mesmo tempo em que é um campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (FOUCAULT, 2008a).

4 METODOLOGIA

A seguir, são apresentados aspectos metodológicos relativos ao desenvolvimento da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa. Pesquisas de caráter exploratório descritivo, além de observar e descrever o fenômeno, investigam a sua natureza complexa e outros fatores com os quais esteja relacionada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

De acordo com Theodorson e Theodorson (1970), o estudo exploratório tem o objetivo principal de familiarizar-se com um fenômeno a ser investigado. Além disso, permite ao pesquisador definir seu problema de pesquisa e formular sua hipótese com mais precisão. Também lhe permite escolher as técnicas mais adequadas para sua pesquisa e decidir sobre as questões que mais precisam de ênfase e investigação detalhada, e pode alertá-lo para possíveis dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) iniciou em 1999 um processo para desenhar e operar, de forma descentralizada e regionalizada, o sistema estadual de saúde, incluindo a atenção, a gestão e o controle social. Desta forma, as Delegacias Regionais de Saúde da SES/RS passaram a ser denominadas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em uma relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviço, com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (SANTOS, 2010).

Neste contexto, o cenário da pesquisa foi o estado do Rio Grande do Sul, o qual no período da realização do estudo era dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Posteriormente, a partir da publicação do Decreto nº 55.718/2021, o estado passou a ser dividido em 18 Coordenadorias Regionais de Saúde, tendo ocorrido a unificação da 1ª e 2ª CRS (RS/SES, 2021).

Os participantes do estudo foram os(as) coordenadores(as) regionais de atenção básica do estado do Rio Grande do Sul para os(as) quais foi enviado um questionário por correio eletrônico, detalhado na próxima seção. O critério de inclusão para os participantes foi estar atuando na coordenação regional de atenção básica há no mínimo um ano.

4.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de questionário eletrônico enviado por e-mail para as Coordenações Regionais de Atenção Básica. O questionário foi auto aplicado, individualmente, com identificação alfa-numérica das Coordenações Regionais de Atenção Básica e foi disponibilizado em formulário eletrônico, utilizando a ferramenta *Google Forms* (APÊNDICE A).

Para dar conta do problema de pesquisa, garantindo o atendimento dos objetivos específicos propostos, identificaram-se as inter-relações apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Relação dos objetivos específicos com as questões do formulário

Objetivo geral: Qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica para as ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde.	
Objetivo específico	Questões
Enumerar os desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica;	Quais desafios você acredita que dificultam a realização de ações para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)? Quais as potencialidades que você reconhece na APS acerca das ações de controle de tuberculose?
Elaborar nota técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose;	Na sua opinião qual o papel da APS no controle da tuberculose? Para você, qual (is) temáticas(s) específica(s) sobre tuberculose deveria (m) ser trabalhada (s) com as equipes da APS?

	<p>Você recebe questionamentos dos municípios acerca das ações de tuberculose na APS? Em caso afirmativo, quais?</p> <p>Você considera a Nota Técnica como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS)?</p> <p>Nos municípios da sua Regional, você identifica barreiras para realização do tratamento diretamente observado? Caso afirmativo, quais?</p> <p>Quanto aos exames diagnósticos para tuberculose, existe fluxo estabelecido na rede? Se sim, a APS dos municípios vem atuando satisfatoriamente no escopo de suas responsabilidades?</p>
<p>Desenvolver oficina de educação permanente com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose.</p>	<p>Quais estratégias de EPS você considera potentes para sensibilizar/qualificar os profissionais de saúde?</p> <p>De que forma as Coordenadorias Regionais de Saúde podem contribuir para qualificar as equipes de APS?</p> <p>Qual o grau de compartilhamento em relação às questões de tuberculose você estabelece com a Vigilância?</p>

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Já as informações qualitativas provenientes do formulário foram compiladas e categorizadas a partir da análise de conteúdo proposta por Minayo (2008).

Os resultados foram obtidos por meio de questionário em formulário eletrônico utilizando a ferramenta *Google Forms*. O formulário foi enviado às Coordenações Regionais de Atenção Básica por e-mail no dia 18 de junho de 2020, pactuando como data limite para retorno até o dia 17 de julho de 2020. No dia 7 de julho de 2020, haviam cinco retornos, tendo sido realizado mais um contato nessa data por meio de correio eletrônico e WhatsApp reforçando a

data limite pactuada inicialmente. No dia 20 de julho, havia nove respostas, oportunidade em que foi realizado

contato individual com as Regionais que não apresentaram retorno. Por fim, no dia 24 de julho foram identificadas quinze respostas ao formulário, uma negativa e três abstenções.

A análise dos dados qualitativos embasou a elaboração dos produtos técnicos com caráter educativo, a nota técnica e a organização da oficina de educação permanente.

A oficina, considerada um dos produtos técnicos decorrentes deste estudo, foi destinada à capacitação das Coordenações Regionais de Atenção Básica mediante convite aos potenciais participantes. Destinou-se a disseminar e a divulgar os resultados obtidos após o término da pesquisa, não sendo coletados dados dos participantes para a investigação científica. O local e a data foram definidos após a conclusão da Nota Técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose.

4.4. RECOMENDAÇÕES SOBRE ÉTICA NA PESQUISA

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS -CAAE 8739020.3.0000.5347 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - CAAE 28739020.3.3001.5312 (ANEXO C).

Os princípios éticos foram respeitados conforme preveem as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16, ambas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016), garantindo o sigilo e o anonimato dos participantes.

Em relação aos riscos e benefícios, a pesquisa poderá implicar em benefícios para a organização da Rede de Atenção à Saúde, voltadas às ações da tuberculose, a partir da qualificação da atenção primária. Os riscos previstos foram mínimos, como por exemplo, o risco de o tempo ocupado pelo participante com o preenchimento do formulário eletrônico eventualmente extrapolar o inicialmente planejado (cerca de 20 minutos). Além deste, existia ameaça de "software malicioso", associado ao link do formulário disponibilizado para coleta de dados.

Entretanto, foi realizada análise do link, a fim de garantir a eliminação de potencial dano ao computador do participante. Também havia o risco potencial de quebra de confidencialidade, contudo, visando mitigar esse risco, apenas o pesquisador responsável e a mestrandia acessaram os dados e se comprometeram em manter o sigilo das respostas bem como a identificação dos participantes. Os dados foram criptografados e somente podem ser acessados mediante senha disponível exclusivamente ao pesquisador responsável e à mestrandia.

Os dados foram utilizados apenas para esta pesquisa e permanecerão armazenados por cinco anos após a coleta (até 2025), conforme também prevê a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

A aluna-pesquisadora e seu professor orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos por meio do preenchimento do formulário. Conforme mencionado anteriormente, dos 19 coordenadores, foram recebidas quinze respostas positivas, uma negativa e três abstenções. Em relação à formação profissional, identificaram-se 7 enfermeiros, 3 assistentes sociais, 2 dentistas, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo, totalizando 15 profissionais de saúde. No que diz respeito ao tempo de atuação desses profissionais na Coordenação Regional da Atenção Básica, a distribuição encontra-se na tabela a seguir. Pode-se calcular a média aritmética simples em 11,6 anos.

Tabela 1: Tempo de atuação na Coordenação Regional de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020.

Tempo de atuação <input type="checkbox"/>	Número de participantes
0 a <5 anos	4
≥5 a 9 anos	2
10 a 15 anos	3
16 a 20 anos	5
> 20 anos	1
Total	15

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Os resultados serão apresentados por eixo em relação aos objetivos propostos pela pesquisa, conforme como já abordado no quadro 1.

Quadro 2: Desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde -RS, 2020.

Eixo 1: Objetivo - Enumerar os desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica	
Questões	Respostas

<p>Quais desafios você identifica para a realização de ações para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)?</p>	<p>Participante 1: “suspeita pelos profissionais, diagnóstico precoce”;</p> <p>Participante 2: “diminuição do número de ACS nas equipes de atenção básica, rotatividade dos profissionais das equipes, o que afeta no vínculo com o usuário, poucas ações de educação permanente com os profissionais sobre a temática”;</p> <p>Participante 3: “sensibilizar as equipes para usuários sintomáticos e, a mais difícil seria fazer com que os usuários entendam a necessidade de procurar atendimento e realizar todo o tratamento, mesmo quando os sintomas desaparecem. Isso sem falar nos casos de usuários dependentes químicos e moradores de rua e demais vulneráveis, que não contam com apoio de uma rede familiar, neste caso o desafio também é o trabalho intersetorial: saúde e assistência social”;</p> <p>Participante 4: “o suporte laboratorial de leitura de lâminas. uma vez era feito no lacen regional e funcionava muito bem, descentralizou para os laboratórios credenciados e caiu a leitura das lâminas dos sintomáticos respiratórios. Atualização das equipes APS”;</p> <p>Participante 5: “vulnerabilidade social; atualização vacinal; população de rua; população prisional sem equipe prisional; tempo de tratamento prolongado”;</p> <p>Participante 6: “resistência dos usuários para coleta de escarro”;</p> <p>Participante 7: “necessidade de oficinas para qualificação da equipe de saúde, por meio de ações de educação permanente. Equipes descobertas e baixa cobertura de estratégias de saúde da família. Preparação do ACS para busca nos domicílios”;</p> <p>Participante 8: “educação permanente, retaguarda de especialistas, segurança dos profissionais”;</p> <p>Participante 9: “equipe mais integrada e constante pois tem muita troca de profissionais da equipe, desejo de trabalhar na APS”;</p> <p>Participante 10: “acho que o maior desafio é fazer com que os profissionais da APS compreendam que a maior parte dos casos de TB podem e devem ser acompanhados pela APS”;</p> <p>Participante 11: “preconceito”;</p> <p>Participante 12: “acredito que a centralização do cuidado em um único serviço atrapalha a busca ativa de novos casos e também o abandono de algumas pacientes por não terem o vínculo com o serviço”;</p> <p>Participante 13: “conhecimento sobre a doença e situação epidemiológica”;</p> <p>Participante 14: “em nossa Regional estas ações são de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica e não conseguimos fazer um trabalho integrado”;</p> <p>Participante 15: “colocar no processo de trabalho a Compreensão e habilidades para o modelo de cuidado ao</p>
--	--

	portador de doença ou condição crônica, maior integração e oferta de profissionais da assistência social no processo de cuidado.”
Quais as potencialidades que você reconhece na APS acerca das ações de controle de tuberculose?	<p>Participante 1: “equipe multidisciplinar, ACS, visita domiciliar”;</p> <p>Participante 2: “proximidade com o usuário (acesso e vínculo)”;</p> <p>Participante 3: “pelo contato mais direto com o usuário, seja na eSF ou nas visitas de ACS, e nos momentos de EPS e educação em saúde promovidos na comunidade. Se o vínculo das equipes com as famílias e pessoas for bom, o tratamento tem toda chance de dar certo, muito mais do que em qualquer outro ponto da rede”;</p> <p>Participante 4: “potente para identificação precoce, testar os comunicantes ,manter a cobertura vacinal na crianças e garantir a eficácia do tratamento e monitoramento no território”;</p> <p>Participante 5: “maior vínculo com a população e conhecimento do território; Presença do ACS na equipe; Equipe multiprofissional; Possibilidade de visitas domiciliares”;</p> <p>Participante 6: “busca ativa. Acompanhamento do adequado tratamento com meta de 100% de cura”;</p> <p>Participante 7: “a APS por estar mais próxima das pessoas é um espaço em potencial para ações de prevenção à tuberculose, assim como busca ativa por meio de visitas domiciliares.</p> <p>O acompanhamento do tratamento diretamente observado também é um ponto positivo”;</p> <p>Participante 8: “reconhecimento do território e das relações com a comunidade, vínculo”;</p> <p>Participante 9: “responsabilidade, cobertura de equipes”;</p> <p>Participante 10: “a APS é composta por uma equipe multiprofissional, tem conhecimento da sua área de abrangência, bem como de sua população”;</p> <p>Participante 11: “equipe multiprofissional”;</p> <p>Participante 12: “a educação em saúde pois ela constitui um conjunto de saberes e práticas orientados à prevenção de doenças e promoção da saúde. é um recurso no campo da saúde, que atinge a vida dos usuários e estes compreendendo o processo saúde e doença oferecerá subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde”;</p> <p>Participante 13: “presença de ACS na equipe para busca ativa dos casos e TDO”;</p> <p>Participante 14: “por ser normalmente o primeiro nível de atenção e trabalhar com a formação de vínculo e bem importante a nossa atuação para que o tratamento seja eficaz, bem como o trabalho de toda a equipe, inclusive Agente Comunitário de Saúde que pode estar mais próximo deste</p>

	usuário, desenvolvendo um trabalho mais orientado”; Participante 15: “equipes multiprofissionais, melhorias na infra estrutura de UBS, oferta de medicamentos, acesso a diversas modalidades de educação permanente”.
--	--

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Quadro 3: Contribuições para elaboração da Nota Técnica Conjunta nº 01/2021- Tuberculose na Atenção Básica, SES/RS, segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020. Apresentação dos resultados a partir do eixo 2.

Eixo 2: Objetivo - Elaborar nota técnica com orientações sobre do papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose	
Questões	Respostas
Na sua opinião qual o papel da APS no controle da tuberculose?	<p>Participante 1: “diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento de casos”;</p> <p>Participante 2: “informação à população, identificação (diagnóstico), tratamento, especialmente acho que tem papel fundamental na adesão ao tratamento”;</p> <p>Participante 3: “pelo contato mais direto com o usuário, seja na eSF [equipe da Estratégia de Saúde da Família] ou nas visitas de ACS, entendo ser de suma importância que estas equipes estejam sensibilizadas para identificar precocemente casos de TB”;</p> <p>Participante 4: “vigilância, diagnóstico, tratamento e monitoramento”;</p> <p>Participante 5: “prevenção, diagnóstico oportuno e acompanhamento e busca ativa dos casos”;</p> <p>Participante 6: “prevenção, busca ativa de casos e acompanhar o adequado tratamento”;</p> <p>Participante 7: “a APS possui o papel de prevenção deste agravo, na investigação de casos de sintomáticos respiratórios, busca ativa nas residências, acompanhamento de tratamento e monitoramento de casos dentro do território”;</p> <p>Participante 8: “prevenção e atividades educativas, auxílio no diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e acompanhamento dos contactantes”;</p> <p>Participante 9: “a equipe de APS precisa fazer busca ativa, monitoramento, visita domiciliar para fortalecer vínculos com os pacientes e familiares, corresponsabilização entre equipe e paciente de TB, ações de Educação permanente para sensibilização e atendimento seguindo os protocolos e Notas Técnicas”;</p>

	<p>Participante 10: “em função da APS ser a porta de entrada do SUS, o seu papel frente ao controle da tuberculose é essencial. Independente (<i>sic</i>) de onde o caso de TB seja identificado, o acompanhamento deverá ser na APS. A APS também tem um papel fundamental na busca ativa de sintomáticos respiratórios, na realização e monitoramento da vacinação BCG, na implementação e realização do tratamento diretamente observado, na investigação e controle de contatos, no controle dos faltosos...”</p> <p>Participante 11: “organização da rede de serviços, garantia de acesso a tratamento e a diagnóstico precoce”;</p> <p>Participante 12: “busca ativa dos pacientes em tratamento, orientação para os pacientes em tratamento não abandonarem o tratamento, busca ativa de novos casos, orientação por de educação permanente da equipe sobre a doença para a população em geral”;</p> <p>Participante 13: “educação em saúde, prevenção, monitoramento, busca ativa e tratamento”;</p> <p>Participante 14: “prevenção, promoção da saúde e cuidado longitudinal”;</p> <p>Participante 15: “vigilância, educação em saúde para o tema, captação de usuários suspeitos, diagnóstico clínico e laboratorial do nível da APS, acompanhamento dos casos positivos e seus comunicantes, planejamento para grupos mais vulneráveis, educação permanente em equipes para criação de fluxos, redes de atenção e uso de protocolos clínicos”.</p>
<p>Para você, qual (is) temática(s) específica(s) sobre tuberculose deveria (m) ser trabalhada (s) com as equipes da APS?</p>	<p>Participante 1: “identificação de sintomático respiratório, Contatos.”;</p> <p>Participante 2: “acho que de forma integral: como identificar/tratamento/adeseão/TDO”;</p> <p>Participante 3: “busca ativa de sintomático respiratório”;</p> <p>Participante 4: “diagnóstico, tratamento e vigilância, preparo das lâminas, leitura do PPD- teste tuberculínico”;</p> <p>Participante 5: “reciclagem do diagnóstico através de educação permanente”;</p> <p>Participante 6: “educação continuada de atualização sobre controle da tuberculose devido a rotatividade de profissionais na APS”;</p> <p>Participante 7: “busca ativa, manejo clínico e atendimento, papel da APS e da Vigilância Epidemiológica o TDO”;</p> <p>Participante 8: “trabalhos de prevenção, higiene dos ambientes, uso correto das medicações, manejo adequado”;</p> <p>Participante 9: “uso e seguimento do protocolo, nota técnica para TBC, plano terapêutico que considere as especificidades de cada paciente e família”;</p> <p>Participante 10: “a importância do Tratamento diretamente observado e a busca ativa de sintomáticos respiratórios”;</p> <p>Participante 11: “abordagem ética, orientações de como conduzir os casos em diversos espaços exemplo: escola”;</p>

	<p>Participante 12: “a educação em saúde, busca ativa dos casos, conhecimento dos sintomáticos respiratórios, conhecimento de sua população adstrita”;</p> <p>Participante 13: “aspectos gerais da doença, evolução desfecho, epidemiologia no Brasil e RS”;</p> <p>Participante 14: “cuidados específicos, sintomas (usuário e familiares próximos), adesão ao tratamento, conhecimento da equipe sobre a doença pois é um tratamento a longo prazo e a adesão é bem difícil”;</p> <p>Participante 15: “autocuidado apoiado, monitoramento e avaliação de casos, plano terapêutico singular”;</p>
<p>Você recebe questionamentos dos municípios acerca das ações de tuberculose na APS? Em caso afirmativo, quais?</p>	<p>Participante 1: “sim. Tratamento, TDO, diagnóstico”;</p> <p>Participante 2: “muito raramente”;</p> <p>Participante 3: “alguns perguntam sobre os medicamentos. Neste caso é a colega que atua na TB vinculada à Vigilância que atende estas demandas”;</p> <p>Participante 4: “sim, o último questionamento foi sobre caso de tuberculose bovina e procedimento em humanos”;</p> <p>Participante 5: “não. Em havendo dúvidas, reportam-se a referência do programa da tuberculose”;</p> <p>Participante 6: “sim. Dificuldade da coleta de escarro”;</p> <p>Participante 7: “recebo poucos questionamentos, pois minha colega farmacêutica [nome omitido por sigilo] que atua na vigilância epidemiológica, realiza o monitoramento de casos, bem como orienta fluxos de atendimento. Há uma lacuna desta demanda pois em [nome do município omitido], nosso maior município da regional, houve por anos centralização das ações de tuberculose, e há pouca participação da APS”;</p> <p>Participante 8: “poucos, alguns ACS já questionaram a respeito das atribuições no tratamento supervisionado”;</p> <p>Participante 9: “raramente, na CRS tem uma pessoa de referência para a TB, que está na sala da Vigilância em Saúde”;</p> <p>Participante 10: “estes questionamentos chegam até mim pelo fato de ser responsável pelo controle da tuberculose na regional. Os profissionais de saúde nos demandam para discutir o caso, para tirar dúvidas quanto ao esquema terapêutico, a notificação no SINAN”;</p> <p>Participante 11: “não”;</p> <p>Participante 12: “não, pois a centralização do cuidado está a cargo de um serviço específico de tuberculose”;</p> <p>Participante 13: “não”;</p> <p>Participante 14: “sim, qto ao diagnóstico, testagem, tratamento, cuidados específicos”;</p> <p>Participante 15: “sim. Fluxos, ação do Agente Comunitário de Saúde, questões de vigilância sanitária (EPIs, salas de coleta de exame, etc.)”;</p>

<p>Você considera a Nota Técnica como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS)?</p>	<p>Participante 1: “sim”; Participante 2: “sim”; Participante 3: “sim”; Participante 4: “sim, mas associada a uma discussão de casos com as equipes e retomada do programa com médicos e enfermeiros”; Participante 5: “penso que seria de maior resolutividade o desenvolvimento de uma atividade de educação permanente que envolve a problematização da temática utilizando de metodologias ativas que promovam reflexões, questionamentos e novas práticas relacionadas ao assunto”; Participante 6: “sim”; Participante 7: “apenas a nota técnica não considero, mas a reflexão sobre fluxos sim”; Participante 8: “sim”; Participante 9: “sim”; Participante 10: “sim”; Participante 11: “com certeza, é um instrumento de trabalho”; Participante 12: “acredito que sim”; Participante 13: “sim”; Participante 14: “sem dúvida, mas é necessário que esta educação seja sempre fortalecida, revista permanentemente, de forma continuada”; Participante 15: “sim. Para se construir uma nota técnica há um processo de educação permanente e ao executá-la há um ajuste/reorganização no processo de trabalho das equipes que é educação permanente”;</p>
<p>Nos municípios da sua Regional, você identifica barreiras para realização do tratamento diretamente observado? Caso afirmativo, quais?</p>	<p>Participante 1: “sim. Municípios com área rural predominante. Baixa cobertura de ACS no município sede”; Participante 2: “inexistência ou baixa cobertura de ACS e equipes de AB, equipes de AB com equipes reduzidas”; Participante 3: “sim, resistência do paciente a vir na unidade todos os dias, motivos distância e usuários que trabalham durante o dia”; Participante 4: “não temos boa cobertura, só que faz muito tempo que não temos capacitação no programa o colega se aposentou e o outro não teve tempo ainda de se capacitar e dar atenção pelo covid19 e porque estava em outro setor”; Participante 5: “sim. O perfil dos pacientes de tuberculose que, muitas vezes, não têm vínculo no território; territórios descobertos por ACSs (profissional que faz o acompanhamento); tempo prolongado de tratamento”; Participante 6: “não. O coordenador da Tuberculose na regional que é da epidemiologia não refere ter problemas”; Participante 7: “sim. Em alguns municípios temos uma baixa cobertura da AB, principalmente nos municípios maiores. Também áreas descobertas de ACS. Pouco empenho dos municípios”;</p>

	<p>Participante 8: “alguns ACS têm dúvidas sobre o seu papel neste tipo de cuidado”;</p> <p>Participante 9: “resistência de profissionais da equipe”;</p> <p>Participante 10: “a maioria dos municípios referem que é inviável adotar o TDO em função do número reduzido de profissionais, bem como da demanda na UBS”;</p> <p>Participante 11: “sim, a falta de ética ou de como proceder com as informações, leva os profissionais e a comunidade a rotular as pessoas, gerando exclusões e o medo de procurar ajuda”;</p> <p>Participante 12: “não”;</p> <p>Participante 13: “municípios sem a presença do ACS”;</p> <p>Participante 14: “não sei responder isso, pois o nosso contato tem sido superficial com as equipes. Mas acho que pode ser sim, pois sabemos o qto é difícil a adesão ao tratamento e nem todas as equipes são ESF, que poderiam dar um suporte mais qualificado”;</p> <p>Participante 15: “sim. O abandono de tratamento, as recidivas, a contaminação de comunicantes, o diagnóstico tardio são ligados à barreiras culturais, de acesso, carteira de serviços da UBS, barreiras geográficas, organizacionais das redes, financeiras e de cobertura populacional pelas equipes”;</p>
<p>Quanto aos exames diagnósticos para tuberculose, existe fluxo estabelecido na rede? Se sim, a APS dos municípios vem atuando satisfatoriamente no escopo de suas responsabilidades?</p>	<p>Participante 1: “sim. Sim.”;</p> <p>Participante 2: “sei que há um fluxo estabelecido, no entanto tenho pouco conhecimento de como os municípios vem atuando e conseguindo segui-lo”;</p> <p>Participante 3: “sim, mas a atenção ao sintomático deve ser mais efetiva”;</p> <p>Participante 4: “atua no diagnóstico, mas está faltando a vigilância no território na busca dos sintomáticos respiratório. Monitoramos uma vez ao ano a meta da cura e quando dispensam os medicamento”;</p> <p>Participante 5: “temos o fluxo. A resolutividade da APS varia de acordo com as características de cada equipe. Notamos a necessidade de um maior conhecimento a respeito do manejo por parte de mais profissionais que atuem na APS. Muitas vezes, o tratamento na APS acaba sendo centralizado por algum profissional e na epidemiologia”;</p> <p>Participante 6: “sim tem fluxo e meta de coletas de escarro é mensal por município, maioria dos municípios não alcançam a meta”;</p> <p>Participante 7: “a APS participa identificando casos suspeitos e solicita coleta de escarro para BK. Nenhum dos municípios realiza tratamento diretamente observado, considero uma grande falha. Só realizam a entrega da medicação mensal, e monitoram a retirada”;</p> <p>Participante 8: “não sei”;</p> <p>Participante 9: “sim”;</p> <p>Participante 10: “sim. Os municípios estão cientes quanto ao</p>

	<p>seu papel frente a definição de suas referências”;</p> <p>Participante 11: “sim, existe, porém, acredito que se isso fosse de tempo em tempo trabalhado teríamos melhor resultado”;</p> <p>Participante 12: “sim”;</p> <p>Participante 13: “existe fluxo, mas como outra colega trabalha especificamente com a tuberculose na regional, desconheço os protocolos e a atuação dos municípios neste âmbito”;</p> <p>Participante 14: “não sei responder”;</p> <p>Participante 15: “existe fluxo estabelecido, ainda há municípios que não priorizam a infraestrutura para diagnóstico como compra de potes para coleta de escarro, local adequado para coleta, análise em tempo oportuno”;</p>
--	--

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Quadro 4: Contribuições para o desenvolvimento da oficina de Educação Permanente em Saúde, apresentação dos resultados a partir do eixo 3, segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020.

Eixo 3: Objetivo - Desenvolver oficina de educação permanente com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose	
Questões	Respostas
Quais estratégias de EPS você considera potentes para sensibilizar/qualificar os profissionais de saúde?	<p>Participante 1: “capacitações mais frequentes, principalmente de médicos”;</p> <p>Participante 2: “oficinas presenciais com grupos pequenos/Notas Técnicas/Espaços para trocas entre os profissionais de diferentes municípios (presencial ou virtual)”;</p> <p>Participante 3: “enquanto momento de EPS a TB deve ser uma pauta constante nas reuniões de equipe”;</p> <p>Participante 4: “discussão de casos”;</p> <p>Participante 5: “metodologias ativas”;</p> <p>Participante 6: “áudios, relato de casos de cura...Estudos de casos”;</p> <p>Participante 7: “oficina para preparar a rede dos municípios para o atendimento”;</p> <p>Participante 8: “estudo de casos, diálogo entre os diferentes pontos da rede de atenção, relato de experiências, construção e apropriação de fluxos”;</p> <p>Participante 9: “ações de educação permanente e sensibilização da equipe”;</p>

	<p>Participante 10: “entendo que é de suma importância proporcionar aos profissionais cursos de capacitação”;</p> <p>Participante 11: “discussão de caso, planejamento das ações, roda de conversa e qualificação permanente aos profissionais, pois o conhecimento a ser disponibilizado a população deve ser significativo a elas e não apenas despejar informações, um exemplo: um simples cartaz deve ser escrito numa linguagem que todos sejam capazes de entender”;</p> <p>Participante 12: “é importante que cada membro da equipe conheça suas reais atribuições dentro do Paciente com TB com o objetivo de oferecer um cuidado mais integral e, assim, maior chance de resolutividade de suas ações. Por meio da descentralização das ações em saúde e reestruturação dos serviços, a ESF assume um papel essencial no controle da tuberculose, com chances de se tornar protagonista no combate a doença, uma vez que durante a visita domiciliar pode-se identificar o sintomáticos respiratórios e criar vínculo com as pessoas da comunidade, o que poderá facilitar a adesão ao tratamento”;</p> <p>Participante 13: “reuniões para apresentação dos protocolos, discussão de casos”;</p> <p>Participante 14: “educação permanente, apoio institucional integrado, reuniões de rede, reuniões com coordenadores dos programas envolvidos”;</p> <p>Participante 15: “capacitações teórico- práticas, fornecimento de ferramentas para o cuidado e monitoramento de pacientes crônicos”</p>
<p>De que forma as Coordenadorias Regionais de Saúde podem contribuir para qualificar as equipes de APS?</p>	<p>Participante 1: “organizando capacitações regionais e microrregionais”;</p> <p>Participante 2: “propiciando espaços de trocas entre os municípios, seja presencial ou virtual; articulando mostras dos trabalhos desenvolvidos sobre a temática pelas equipes de AB; convidando pessoas de referência sobre a pauta para momento de capacitação junto aos municípios, em momentos de apoio junto aos municípios”;</p> <p>Participante 3: “momentos de EPS em cada município com toda a APS. Já foram visitados os municípios da regional por dois anos consecutivos”;</p> <p>Participante 4: “somos os articuladores junto com a ed. permanente. Colocando como prioridade no plano de ed. permanente e viabilizando a discussão de nota técnica e casos nos municípios”;</p> <p>Participante 5: “através de ações de EPS com abordagem através de metodologias ativas”;</p> <p>Participante 6: “a capacitação e sensibilização deve ser permanente”;</p> <p>Participante 7: “articular ações junto à vigilância epidemiológica participar das ações de educação permanente”;</p>

	<p>Participante 8: “auxiliar no processo de descentralização e qualificação do cuidado”;</p> <p>Participante 9: “desenvolvendo e apoiando ações de educação permanente e sensibilização da equipe”;</p> <p>Participante 10: “entendo que as regionais podem proporcionar aos profissionais espaços para aprimoramento de novos conhecimentos, troca de experiências, capacitações”;</p> <p>Participante 11: “através do fortalecimento da CIES, do Nuresc, Construindo as demanda regionais e as capacitações em conjunto com a região”;</p> <p>Participante 12: “atuação na descentralização dos serviços, educação permanente, ações conjuntas com Vigilância e AB, identificação das fragilidades e ajuda para fortalecimento das ações em saúde”;</p> <p>Participante 13: “promovendo reuniões de equipe sobre o assunto, realizando levantamento de dados e indicadores para subsidiar as equipes nas discussões sobre o controle da doença”;</p> <p>Participante 14: “educação Permanente, contato mais direto com as equipes sendo referência para estas, apoio institucional integrado, capacitações dentro da realidade local”;</p> <p>Participante 15: “assumindo um papel para além de distribuição de insumos, notificações em sistema de informação e capacitações. Agregar a educação permanente da CRS e desencadear as estratégias de EPS necessária para contemplar o modelo de cuidado ao paciente crônico, entendendo toda a equipe multiprofissional da AB como potenciais cuidadores do usuário com tuberculose”;</p>
<p>Qual o grau de compartilhamento em relação às questões de tuberculose que você estabelece com a Vigilância?</p>	<p>Participante 1: “a nível regional, muito pouco. A nível municipal é melhor, especialmente nos municípios menores”;</p> <p>Participante 2: “só quando há demanda específica de algum município”;</p> <p>Participante 3: “foram poucas interfaces até o momento, porém a possibilidade existe”;</p> <p>Participante 4: “quando chega as questões das equipes e na orientação das metas do pacto”;</p> <p>Participante 5: “muito pouco compartilhamento”;</p> <p>Participante 6: “participamos junto em capacitações. Pouco compartilhamento”;</p> <p>Participante 7: “os municípios geralmente centralizam os atendimentos”;</p> <p>Participante 8: “quase inexistente”;</p> <p>Participante 9: “grau Alto”;</p> <p>Participante 10: “volto a referir que além da coordenação regional da APS também sou responsável pela tuberculose”;</p> <p>Participante 11: “na regional não são muitos casos, então trocamos informações e discutimos casos quando há”;</p> <p>Participante 12: “acho que um grau baixo, tendo em vista a centralização do serviço”;</p>

	<p>Participante 13: “eu não atuo nesta política. Não sei, como a colega que trabalha diretamente com isso faz este compartilhamento”;</p> <p>Participante 14: “não conseguimos trabalhar em conjunto”;</p> <p>Participante 15: “boa, há trocas sempre que necessário, trabalhamos em conjunto em várias situações”;</p>
--	--

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

6. DISCUSSÃO

Assim como no mundo e no Brasil, a tuberculose no Rio Grande do Sul é um problema de saúde pública com fatores sociais arraigados na sua origem, que devem ser considerados na tomada de decisões em saúde. A Atenção Primária à Saúde, com a proposta de eixo estruturante e ordenador da rede de serviços de saúde e com as funções de resolubilidade, coordenação e responsabilização, tem papel essencial na prevenção, no controle e no manejo da tuberculose (ALENCAR *et al.*, 2019).

Nesse cenário, desafios são lançados para a qualificação de uma Atenção Primária à Saúde forte que garanta a incorporação das responsabilidades no manejo desta patologia. Em tal sentido, este trabalho propõe a qualificação da atenção primária à saúde a partir da visão das Coordenações Regionais de Atenção Básica do estado do RS. A seguir serão discutidos os resultados segundo o questionário aplicado sobre a amostra obtida, conforme abordado no capítulo anterior.

Na formação profissional, identificou-se o predomínio de profissionais enfermeiros seguidos por assistentes sociais. Já os profissionais odontólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos foram representados em menor número. Carvalho *et al.* (2020) relatam que a presença de enfermeiros atuando como gestores está se tornando uma prática frequente no Brasil. A relevância desta prática já havia sido destacada nas normativas inerentes a prática gerencial dos profissionais de enfermagem descritas no Decreto nº 94.406/1987, o qual estabelece no artigo 8º que têm como atribuições o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos Serviços da Assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987). Da mesma forma, nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem - Parecer nº CNE/CES 1.133/2001, encontramos algumas competências específicas da profissão, as quais se relacionam com as responsabilidades gerenciais (BRASIL, 2001). Além disso, Carvalho *et al.* (2020) confirmam a predominância da enfermagem na organização e responsabilização em processos administrativos e no desenvolvimento de práticas gerenciais.

Quanto ao tempo de atuação na Coordenação Regional de Atenção Básica, apesar de a média ser de 11,6 anos, cinco dos quinze participantes estão na faixa de 16 a 20 anos de atuação. Para fins de comparação, apurou-se o tempo de atuação dos servidores da equipe da Coordenação Estadual de Atenção Básica o qual resultou como média 4,6 anos. A distribuição da atuação por anos é demonstrada na tabela 2 a seguir. Ressalta-se que foram utilizadas as mesmas faixas de tempo das Regionais (tabela 1).

Essa diferença entre a média de anos de atuação nas regionais e a equipe do nível central, ou seja a equipe que compõe a Coordenação Estadual de Atenção Básica, pode ter inúmeros vieses. Um deles pode estar relacionado ao fato de no ano de 2018 a Secretaria Estadual de Saúde ter nomeado mais de mil aprovados no concurso público realizado em 2014, dos quais a minoria foi lotada nas coordenadorias de saúde.

Tabela 2: Tempo de atuação na Coordenação Estadual de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020.

Tempo de atuação	Número de servidores da equipe
0 a <5 anos	5
≥5 a 9 anos	5
10 a 15 anos	1
16 a 20 anos	0
> 20 anos	0
Total	11

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Destaca-se também que os servidores ingressam na administração pública em uma condição de desinformação de suas atribuições devendo enfrentar vários desafios, entre os quais a adaptação ao modo de trabalho de uma instituição pública e as limitações que são submetidos em suas atividades, pois todas as ações devem obedecer às leis e normas do serviço público (LIMA, 2018).

Em relação ao trabalho realizado no nível central, comparado às atividades das regionais, pode-se inferir que possui caráter mais burocrático e pouco dinâmico, diferentemente das ações desenvolvidas nas regionais, que possuem dinamicidade característica do apoio *in loco* aos municípios.

A característica burocrática da administração pública era ponto de discussão da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, conforme citado por Ribeiro (2013). Este autor aduz que o principal objetivo da reforma era tornar a administração pública brasileira mais flexível, eficiente, com serviços de melhor qualidade e custos reduzidos, em contraposição à administração burocrática, caracterizada como rígida, hierarquizada, autocentrada, onerosa, pesada, ineficiente e prestadora de maus serviços.

Além do exposto, também pode-se sugerir que a maior proximidade da equipe do nível central com representantes dos governos estadual e federal, aponta para a centralização do poder nessas duas esferas e para a falta de autonomia imposta. Assim, os objetivos são fixados por uma autoridade externa, e aqueles que compõem a equipe têm dificuldade em saber o que deve ser feito e como deve ser feito, pois não são autônomos para definir os meios e os recursos financeiros, humanos e materiais necessários ao seu funcionamento, podendo gerar um sentimento de insatisfação no ambiente de trabalho (NUNES, 2009).

6.1 DISCUSSÃO DOS DADOS EMERGENTES DO EIXO 1

Em relação às indagações, foi realizada uma análise a partir dos eixos estruturados no capítulo anterior. O eixo 1 diz respeito às questões:

- 1) Quais desafios você identifica para a realização de ações para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)?
- 2) Quais as potencialidades que você reconhece na Atenção Primária à Saúde acerca das ações de controle de tuberculose?

Podemos destacar na primeira questão a predominância na fala dos participantes das temáticas: (i) educação permanente para as equipes; (ii) conscientização dos profissionais em relação ao papel da APS no tratamento da tuberculose; e (iii) vulnerabilidade social.

Nesta lógica, o estudo de Wysocki *et al.* (2017) revela melhor desempenho dos profissionais nas ações de controle da tuberculose após a realização de treinamentos, entretanto, os baixos índices de capacitação profissional demonstraram a fragilidade da realização de ações educativas voltadas às equipes de saúde. Apesar do processo de trabalho das equipes de atenção primária valorizar a realização de educação permanente, parece que a dinâmica de organização dessas unidades não tem permitido momentos para essa finalidade (WYSOCKI *et al.*, 2017).

Macedo *et al.* (2016) ressaltam que a capacitação profissional constitui uma ferramenta importante para o manejo e o controle da tuberculose, a qual consiste em garantir a compreensão da doença e de seus condicionantes, a prevenção, a identificação precoce dos casos, o controle da doença incluindo o tratamento supervisionado e a baciloscopia dos sintomáticos respiratórios.

Além disso, segundo dados apresentados em uma pesquisa que teve por objetivo avaliar as ações desenvolvidas por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose, no município de Teresina - PI, com 286 profissionais de saúde (64 médicos, 76

enfermeiros, 68 auxiliares de enfermagem e 78 agentes comunitários de saúde), constatou-se que 86% dos profissionais eram capacitados, mas apenas 69,5% tinham capacitação suficiente para realizar ações de controle da tuberculose (SANTOS, 2012).

No aspecto da conscientização dos profissionais em relação ao papel da Atenção Primária à Saúde no tratamento da tuberculose é imprescindível que reconheçam o processo de adoecer por tuberculose como um fenômeno multidimensional. É necessário também que se disponham a prestar uma assistência individualizada, não se restringindo apenas aos aspectos clínicos e compreendendo o usuário como um ser único e com peculiaridades físicas, psíquicas e sociais, uma vez que cada indivíduo vivencia de modo particular o momento do adoecer e tratar (LINHARES; PAZ, 2019).

Por vezes, o tratamento da tuberculose é prejudicado pela dificuldade do trabalhador em lidar com suas limitações, como o medo em adquirir a doença, seja por não saber enfrentá-lo, por preconceito, por não possuir conhecimento específico da enfermidade ou até mesmo por não ter a dimensão da importância do seu trabalho para o manejo da tuberculose (MELO *et al.*, 2020).

Além do exposto, o preconceito contra portadores de algumas doenças, que historicamente são estigmatizantes, tais como a tuberculose, gera muitas vezes mais sofrimento e sequelas que as próprias doenças. Atitudes preconceituosas por parte de profissionais de saúde para com os doentes acarreta piora da autoestima, má adesão e abandono do tratamento. Em decorrência de preconceitos, podem surgir entraves, tanto para o doente em assumir e seguir seu tratamento quanto para os profissionais de saúde nas ações para o encontro de comunicantes e o controle da doença (PINHEIRO *et al.*, 2017).

No que tange às vulnerabilidades, de acordo com Ayres *et al.* (2003), podem ser individuais (como crenças e valores do indivíduo no modo de enfrentar a doença); sociais (como os contextos socioeconômicos, raciais, geracionais) e organizacionais (a forma como as políticas públicas e as instituições de saúde atuam na promoção da saúde, atravessadas por questões de educação, justiça e cultura).

Moreira; Kritski; Carvalho (2020) aponta que, em alguns estudos que avaliaram a associação entre tuberculose e indicadores socioeconômicos no Brasil, os principais fatores associados ao adoecimento por tuberculose foram rendimento monetário não fixo, história de encarceramento, carência alimentar e posse de poucos bens de consumo. Além disso, alcoolismo, desemprego e baixa escolaridade estiveram associados ao desfecho desfavorável da tuberculose, como morte, abandono e falência de tratamento (PELAQUIN; ALBUQUERQUE, 2007).

Neste sentido, as equipes de APS vivenciam no cotidiano de suas práticas, situações limite, como pobreza, desigualdade social, violência, abandono, doença, dentre outras, o que

favorece o aparecimento de sentimentos de frustração, impotência e angústia. A frustração do trabalhador ocorre quando a empatia é estabelecida, reconhecendo sua própria dor e a incapacidade de lidar com ela, percebendo suas vulnerabilidades enquanto ser humano (MELO *et al.*, 2020).

Na segunda questão do eixo 1, podemos destacar na fala dos participantes as temáticas mais abordadas: (i) proximidade com usuário; (ii) equipe multidisciplinar; e (iii) presença de ACS.

A ordenação do SUS por meio da Atenção Primária à Saúde, com a adoção e a ampliação da Estratégia Saúde da Família, tem como um dos objetivos a garantia da universalidade do acesso, entendido como a capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar uma resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, configurando-se como um dos pré-requisitos essenciais e parte constituinte de/para construção da atenção à saúde com qualidade (MENEZES *et al.*, 2020).

Levando em consideração o impacto proporcionado pela morbimortalidade relacionada à tuberculose, parte-se da premissa de que é imprescindível, para o controle da doença, o desenvolvimento de ações vinculadas aos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da assistência entre os serviços.

A longitudinalidade é um dos atributos essenciais da APS e está relacionada ao estabelecimento de vínculos e a corresponsabilidade nas relações entre profissionais / equipe / unidade de saúde e usuários / família / comunidade, e ligada à existência de acolhimento e vínculo. Este atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade (PINHEIRO *et al.*, 2017; FERREIRA; SANTOS; ORFÃO, 2019).

A proximidade com o usuário foi considerada, pelos participantes, potente no âmbito da Atenção Primária à Saúde para promover a construção de vínculos entre profissionais e pessoas com tuberculose e suas famílias. Entretanto, é imprescindível que as equipes se responsabilizem pela saúde das pessoas que vivem em determinada área adscrita e para a construção do vínculo com os portadores de tuberculose, é essencial o acompanhamento destes, mesmo que sejam encaminhados a outro nível de atenção.

Portanto, o vínculo é uma das dimensões que permitem analisar como tem sido realizado o manejo da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, tornando-se uma ferramenta essencial para promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como para adesão e continuidade do tratamento, ademais, é uma estratégia para o monitoramento da tuberculose, pois proporciona

troca de diálogo e autonomia durante o tratamento, influenciando diretamente no sucesso do resultado e no controle da doença (FERREIRA; SANTOS; ORFÃO, 2019).

Outra potencialidade citada com frequência entre os participantes foi a composição de equipes multiprofissionais e a presença de Agente Comunitário de Saúde, características próprias da organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Segundo Silva, Miranda e Andrade (2017), a importância da abordagem multidisciplinar na atenção primária é ressaltada, sobretudo, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde.

De acordo com Gomes *et al.* (2007), a estruturação do trabalho em saúde em equipes multidisciplinares no Brasil remonta à década de 1970, quando o serviço já era organizado com a presença de profissionais com diferentes formações e níveis de escolaridade. No entanto, após a criação do SUS e, sobretudo, após a ampla difusão da Estratégia de Saúde da Família ocorrida desde os anos 2000, a equipe multidisciplinar deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe.

Cabe aqui elucidar um aspecto importante que talvez os participantes não possuíssem a compreensão. Feuerwerker e Sena (1999) distinguem “trabalho multiprofissional” de “trabalho em equipe”. Segundo as autoras, “não são sinônimos, são conceitos relacionados”. O trabalho multiprofissional pressupõe a produção de saberes, a troca de conhecimentos e experiências, a prática produtiva, a construção e a manutenção de vínculos entre profissionais e usuários. No trabalho em equipe, existe o compartilhamento do planejamento e de tarefas entre os profissionais envolvidos.

Compartilhar o planejamento e as tarefas entre os profissionais e entre os serviços de saúde é vital para a consolidação da Atenção Primária à Saúde. Os trabalhos em equipe e multidisciplinar constituem a base desta proposta de transformação da assistência. Contudo, os sistemas fragmentados de atenção à saúde ainda são hegemônicos no Brasil, assim como a formação acadêmica fragmentada e hospitalar do profissional de saúde (MENDES, 2011).

Em relação à presença do Agente Comunitário de Saúde na equipe multidisciplinar, este tem papel fundamental dentro das equipes de saúde especialmente quando, por meio da visita domiciliar, consegue identificar demandas prioritárias e riscos relacionados à transmissão, contaminação e adoecimento da população, além de integrar as informações oriundas das visitas para a equipe de saúde, estimulando o planejamento e as estratégias de atuação para bloquear a transmissão da doença em sua área de abrangência (FERREIRA, 2020). Neste sentido, reforça-se que a busca ativa realizada por meio dos Agentes Comunitários de Saúde pode apresentar melhores resultados, tendo em vista a legitimidade desses profissionais junto às comunidades (BRASIL, 2019a).

Além dos aspectos abordados, cabe destacar o papel dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades. Os Agentes Comunitários de Saúde demonstraram uma grande capacidade para mobilizar as instituições e os indivíduos em agendas promotoras de saúde, estabelecendo as correspondências necessárias para a formação de redes colaborativas capazes de promover um diálogo com outros setores públicos, de modo a buscar respostas às diferentes necessidades, através de ações intersetoriais (SOUSA *et al.*, 2019).

Não se pode deixar de mencionar a mudança na Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017, a qual prevê a possibilidade de formação de equipes de Atenção Primária à Saúde com a exigência de apenas um Agente Comunitário de Saúde:

[...] Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS [...] Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) [...] O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (BRASIL, 2017b).

Destaca-se a possibilidade de gerar sobrecarga e/ou descaracterização da função dos mesmos. As equipes com Agente Comunitário de Saúde em sua composição promovem a ampliação do vínculo, entre usuários e equipe, e facilitam o acesso. A possibilidade de composição de equipes com apenas um Agente Comunitário de Saúde pode fazer com que gestores não mais contratem esses profissionais, fragilizando a atuação das equipes frente às ações de saúde no território (MENEZES *et al.*, 2020).

6.2 DISCUSSÃO DOS DADOS EMERGENTES DO EIXO 2

Em relação às questões, abordadas no eixo 2, as quais são:

- 1) Na sua opinião qual o papel da Atenção Primária à Saúde no controle da tuberculose?
- 2) Para você, qual (is) temática(s) específica(s) sobre tuberculose deveria (m) ser trabalhada (s) com as equipes da Atenção Primária à Saúde?
- 3) Você recebe questionamentos dos municípios acerca das ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde? Em caso afirmativo, quais?

- 4) Você considera a Nota Técnica como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS)?
- 5) Nos municípios da sua Regional, você identifica barreiras para realização do tratamento diretamente observado? Caso afirmativo, quais?
- 6) Quanto aos exames diagnósticos para tuberculose, existe fluxo estabelecido na rede? Se sim, a Atenção Primária à Saúde dos municípios vem atuando satisfatoriamente no escopo de suas responsabilidades?

As categorias mais identificadas nas respostas das Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre o papel da Atenção Primária à Saúde no controle à tuberculose foram: (i) busca ativa; (ii) diagnóstico precoce; e (iii) monitoramentos dos casos.

Cabe ressaltar que o principal objetivo da busca ativa é assegurar a realização completa e eficaz do tratamento para evitar assim a transmissibilidade e proliferação descontrolada da tuberculose, e a falta de adesão ao tratamento é considerada o maior obstáculo para o controle da doença no campo da saúde pública, apresentando-se como um desafio e contribuindo de modo importante para o surgimento de resistência aos fármacos (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; FERREIRA, SANTOS; ÓRFÃO, 2019).

A Atenção Primária à Saúde exerce um papel fundamental na busca ativa de pacientes que abandonaram o tratamento de tuberculose, através da elaboração de estratégias de acompanhamento satisfatórias, favorecendo a adesão ao tratamento e encorajando a participação dos usuários nas consultas de acompanhamento. A estratégia fundamental de acompanhamento do paciente é realizada através da visita domiciliar, na qual o profissional pode acompanhar o tratamento do usuário (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Wysocki *et al.* (2017) observaram que, apesar da importância da realização de visita domiciliar e de ações educativas ao paciente com tuberculose, aos familiares e à comunidade para conduzir mudanças no processo de diagnóstico, emancipação ao autocuidado e adesão ao tratamento, tais ações não estavam fazendo parte da rotina de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde. Possivelmente, a situação fosse devida à superposição de tarefas e responsabilidades, incapacidade física dos serviços, falta de interesse da comunidade, preparo e comprometimento da equipe.

Contudo, vale destacar que o ambiente domiciliar permite ao profissional conhecer a realidade e adentrar a subjetividade do indivíduo, além de proporcionar um olhar sobre as diferentes dimensões do cuidado familiar e, assim, promove um cuidado individualizado. Desse modo, o domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (DRULLA *et al.*, 2009). Portanto, a estratégia de busca ativa

realizada pela Atenção Primária à Saúde pode ter impacto relevante para o controle e manejo da tuberculose no território, visto que tem o potencial da construção de vínculo e a aproximação com a realidade dos usuários.

Dentre as ações que têm grande impacto no controle da tuberculose, as quais foram estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), uma delas é o diagnóstico precoce. Neste contexto, a tuberculose é uma das doenças prioritárias no Brasil, sendo o seu controle responsabilidade principalmente dos serviços de Atenção Primária à Saúde, por meio de ações estratégicas mínimas, tais como o acesso ao diagnóstico precoce. A demora na realização do diagnóstico agrava a situação do usuário, que acaba sendo encaminhado aos níveis secundários e terciários de atenção, já em estado avançado da doença, com sérios comprometimentos da saúde (QUINTERO *et al.*, 2018; ANDRADE *et al.*, 2017).

Contudo, Quintero *et al.* (2018) referem que o diagnóstico precoce da tuberculose na Atenção Primária à Saúde ainda apresenta fragilidades, visto que as dificuldades dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde em diagnosticar a doença resulta em encaminhamentos ou na procura espontânea do doente pelos serviços de pronto atendimento ou aos hospitais. A elevada procura por hospitais como primeiro local para o atendimento pode refletir a ineficiência da APS no controle da tuberculose (VASCONCELOS *et al.*, 2018).

Assim sendo, diagnosticar e tratar corretamente os casos de tuberculose são as principais medidas para o controle da doença. Encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado devem ser medidas utilizadas constantemente pelos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (ANDRADE *et al.*, 2017).

Em relação ao monitoramento, juntamente com a avaliação pode ser caracterizado pelo propósito de avaliar as intervenções para aprimoramento e mudança, prestação de contas e incorporação de novos conhecimentos (BRASIL, 2019a). O monitoramento pode ser definido como a coleta e a análise sistemática dos dados, destinada a conhecer o desempenho das atividades programadas para eventuais ajustes (BRASIL, 2019a).

Corroborando, Sousa *et al.* (2019) abordam que o monitoramento e a avaliação apresentam fortes elementos de complementaridade, na medida em que as atividades relacionadas com o processo de monitoramento podem contribuir, sobremaneira, para a produção de informações e elaboração de políticas públicas.

A relevância do tema monitoramento e avaliação no âmbito da Atenção Primária à Saúde foi reforçada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017b) enquanto responsabilidade de gestores e trabalhadores, com vistas à institucionalização e à qualificação da atenção básica (SOUSA *et al.*, 2019).

Portanto, as práticas de monitoramento de casos de tuberculose são fundamentais no escopo das ações da Atenção Primária à Saúde, tanto para a organização dos serviços, de modo a possibilitar a detecção precoce e o tratamento da doença, quanto na construção de espaços de cogestão, que garantam a eficácia da gestão do cuidado à tuberculose. Essas ações podem ser utilizadas para orientar e contribuir para tomada de decisão na política de controle da tuberculose, como também, direcionar os esforços para as áreas classificadas como mais vulneráveis (ANDRADE *et al.*, 2017).

Em relação às temáticas sobre tuberculose a serem trabalhadas com as equipes de Atenção Primária à Saúde, as mais apontadas pelos participantes nas Regionais foram: (i) identificação e busca de sintomático respiratório; (ii) acompanhamento do usuário com tuberculose; e (iii) realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e adesão ao tratamento.

Uma das principais estratégias para o controle da tuberculose, corresponde a detecção precoce dos casos pulmonares bacilíferos (sendo central a busca de sintomáticos respiratórios - SR), tendo em vista a sua importância epidemiológica na manutenção da transmissão, seguida pelo tratamento adequado e alcance da cura (SPAGNOLO *et al.*, 2018).

O tempo de duração da tosse para a busca ativa de sintomáticos respiratórios deve considerar a população que será investigada. Entende-se por sintomático respiratório, para a população geral, pessoas que apresentem tosse por três semanas ou mais. No caso de populações vulneráveis, recomenda-se utilizar o critério de tosse a qualquer tempo (BRASIL, 2019a). Uma vez identificado o sintomático respiratório, inicia-se a avaliação para a realização do diagnóstico e tratamento precoce.

A busca ativa de sintomáticos respiratórios e contatos deve ser uma ação permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de atenção primária. Tem como objetivo identificar precocemente os casos de tuberculose, iniciar o tratamento oportunamente e assim interromper a cadeia de transmissão.

É preciso agilidade e resolutividade das equipes da Atenção Primária à Saúde, além de motivação e comprometimento com o controle da tuberculose, que atuem amplamente na busca ativa de casos na comunidade, apoiadas pela gestão municipal com a organização de fluxos padronizados, e sistemas de informação adequados para o percurso seguro do sintomático respiratório pela rede de atenção necessária para detecção de casos e tratamento (SPAGNOLO *et al.*, 2018).

Neste sentido, Antunes *et al.* (2016) apontam a ineficácia da prevenção e do controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, aliadas à fragilidade dos aspectos organizacionais dos

serviços de saúde, como geradoras de barreiras no itinerário terapêutico do indivíduo para obter o diagnóstico. Esse fato pode repercutir na baixa procura por atendimento nas unidades de Atenção Primária. Evidenciam também que as capacitações específicas para os profissionais regularmente sobre a problemática da tuberculose pulmonar têm efeito positivo na detecção dos casos da doença.

Desta forma, quanto maior o número de equipes de Atenção Primária à Saúde com profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da tuberculose, mais abrangente poderá ser a procura de sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde e nas comunidades, mais rápido o início do tratamento dos casos descobertos, mais adequada a supervisão direta do tratamento, garantindo a cura do doente e conseqüentemente mais rápida a interrupção da transmissão (BRASIL, 2002).

O acompanhamento do usuário, utilizando a estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi mencionado por vários participantes como temática a ser abordada em processos de EPS nas equipes de Atenção Primária à Saúde. O TDO é considerado como a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento da tuberculose e deve ser ofertado a todos os indivíduos em tratamento. Pressupõe a construção de vínculo e inclui a observação da ingestão dos medicamentos, idealmente, em todos os dias úteis da semana, sendo considerado no mínimo três vezes na semana (24 doses na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção). Deve ser realizado por profissionais de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados pelo profissional de saúde. No final de semana e feriados, os medicamentos devem ser autoadministrados (BRASIL, 2019a).

Coelho *et al.* (2018) descrevem que a implantação do TDO influencia no desfecho da cura e reduz o abandono. Entretanto, outros fatores, como o vínculo estabelecido entre o profissional e o usuário, programas de incentivos, entre outros, podem influenciar a adesão ao tratamento como um todo e não apenas na tomada dos medicamentos.

Ferreira, Santos e Orfão (2019) afirmam a importância da operacionalização do TDO para a construção de vínculo e favorável resultado do tratamento. Considera que essa estratégia vai além da observação da ingestão da medicação, permitindo uma abordagem menos fragmentada e reducionista, principalmente pela equipe de enfermagem, que se destaca por sua liderança, humanização, comprometimento e ações de educação em saúde, proporcionando uma redução no risco da transmissão da tuberculose na comunidade.

Silva e Ross (2020), em uma revisão de literatura, afirmam que a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para acompanhar o usuário com o diagnóstico de tuberculose e para a execução do TDO é essencial para efetivar o cuidado. Os treinamentos são

essenciais para preparar os profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado aos usuários. Além do exposto, o Ministério da Saúde preconiza que a realização do TDO deve ser preferencialmente desenvolvida na unidade de saúde mais próxima da residência do usuário ou trabalho, ocorrendo de forma descentralizada e facilitando o acesso ao cuidado (BRASIL, 2019a).

A adesão ao tratamento também foi uma temática apontada pelas Regionais como sendo importante para ser abordada com as equipes de Atenção Primária à Saúde. Compreende não apenas a adesão à ingestão medicamentosa, mas um processo dinâmico e multidimensional que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, e requer decisões e responsabilidades compartilhadas entre usuário, equipe de saúde e rede social de apoio, com abordagem que atenda às singularidades dos usuários. E, para o efetivo controle da tuberculose, o comportamento do usuário no processo de cura deve ser valorizado, constituindo, talvez, o fator mais importante do sucesso terapêutico (BERALDO *et al.*, 2017).

Neste sentido, Temoteo *et al.* (2018) contextualizam o conceito de adesão, o qual se embasa na inter-relação de três planos de interpretação: (i) a concepção do sujeito sobre o processo saúde-doença, ou seja, quanto mais amplo seu entendimento maior a possibilidade de envolvimento no tratamento, tornando-o passível de modificações; (ii) o lugar social ocupado pelo sujeito, no qual considera todos os elementos que integram a vida em sociedade e as necessidades elementares para o desenvolvimento da vida; e (iii) o processo de produção de serviços de saúde, que devem atuar na transformação dos perfis epidemiológicos por meio de escuta e vínculo.

É necessário ponderar que usuários com tuberculose, principalmente quando considerada a presença de alguns aspectos de vulnerabilidade, podem representar um grupo de risco para apresentar desfechos desfavoráveis do tratamento, podendo mais facilmente não aderir ao tratamento. Entre tantos outros aspectos de vulnerabilidade, a maior frequência da descontinuidade do tratamento da tuberculose é percebida em adultos jovens, de baixa escolaridade e etilistas (TEMOTEO *et al.*, 2018).

Assim sendo, é fundamental a sensibilização das equipes de Atenção Primária à Saúde para os aspectos individuais e sociais que envolvem a tuberculose, para promover uma maior adesão ao tratamento, pois a doença toma a dimensão de “castigo social”. O isolamento com afastamento da família e dos amigos, a depressão e a falta de vontade de seguir o tratamento são sentimentos difíceis de superar devido ao estigma da doença, que ainda é forte o suficiente para, de imediato, tirar a pessoa da naturalidade da convivência social (LINHARES; PAZ, 2019).

A respeito do questionamento se as coordenações regionais de Atenção Básica recebem perguntas dos municípios acerca das ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde, oito dos quinze participantes responderam que não recebem ou que raramente recebem, justificando que existe uma pessoa da área da vigilância em saúde na regional que responde pela temática. Pode-se observar que, apesar de as Regionais de Atenção Básica entenderem que a Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental no controle da tuberculose, direcionam os questionamentos recebidos para a área da vigilância em saúde, observando que há algum grau de clivagem nas ações entre a Atenção Primária à Saúde e o programa de tuberculose nas regionais.

A integração entre a vigilância em saúde e a Atenção Primária à Saúde é essencial visto que a vigilância permite o acompanhamento longitudinal dos casos e sua distribuição espacial que, por sua vez, traduzem hipóteses sanitárias sobre o processo de saúde-adoecimento na comunidade. Nesse sentido, a vigilância operacionaliza o estabelecimento de sistemas de informação que permitem a produção de conhecimento e a centralização das informações sobre fatores condicionantes de doenças. A vigilância também atua no planejamento de programas de controle na comunidade para gerenciamento e regulação dos acontecimentos populacionais, fatores essenciais para a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde (IBIAPINA; BERNARDES, 2018).

Para potencializar as ações de apoio sobre tuberculose aos municípios, as Coordenações Regionais de Atenção Básica e a área de vigilância em saúde deveriam desenvolver um modelo de gestão participativo, democrático e compartilhado. Para tal, deve-se pensar na reestruturação das relações impessoais e nas decisões centralizadas. Estratégias compartilhadas representam ações mais completas, com diversidade de experiências e perspectivas (HAYASHIDA *et al.*, 2014).

Isto posto, é fundamental o exercício da comunicação para concretizar uma metodologia de compartilhamento e de gestão participativa, de modo que os trabalhadores realizem encontros periódicos, com intuito de repensar o ambiente de trabalho e sugerir novas organizações.

No questionamento sobre se os participantes consideram a nota técnica como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, todos responderam que sim, sendo que cinco dos quinze participantes condicionaram a metodologia da nota técnica a outras propostas.

Um dos objetivos desta pesquisa foi, a partir das percepções das Coordenações Regionais de Atenção Básica do RS, elaborar uma nota técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da tuberculose. Nesta lógica, esta estratégia é considerada um recurso de Educação Permanente em Saúde ao contribuir para mudanças na gestão em saúde e

transformar o espaço de trabalho mediante atuações críticas, reflexivas, socialmente comprometidas e tecnicamente competentes (SILVA *et al.*, 2017).

Estratégias de Educação Permanente em Saúde, além das suas evidentes dimensões pedagógicas, devem ser vistas também como importantes estratégias de gestão. Possuem grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários. Essa reflexão reforça a premissa de que a Educação Permanente em Saúde firma-se na construção de relações as quais têm como referência a participação dos trabalhadores que atuam ativamente na construção nos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde. De forma semelhante, a proposta desta pesquisa, de elaboração da nota técnica, está vinculada ao diálogo e à reflexão coletiva dos desafios do ambiente de trabalho (SILVA *et al.*, 2017; MESQUITA *et al.*, 2020).

Corroborando com os aspectos abordados, Mesquita *et al.* (2020) relatam que a Educação Permanente em Saúde configura-se como uma ferramenta de potencial pedagógico que possibilita a reorganização do processo de trabalho e a transformação do processo do cuidado pelos profissionais da saúde, uma vez que lhes permite refletir sobre suas práticas e empregar as mudanças necessárias que possam dinamizar o cotidiano dos serviços de saúde, contribuindo para maior qualificação do processo de trabalho.

Além da elaboração da nota técnica, foi realizada uma oficina com as Coordenações Regionais de Atenção Básica para discussão do documento. Cabe ressaltar que as oficinas configuram-se em espaços de interação e troca de saberes que ocorrem através de dinâmicas, atividades coletivas e individuais que proporcionam ao educando expor seus conhecimentos sobre a temática em questão e assimilar novos conhecimentos acrescidos pelos educadores. Esse processo de conhecimento dá-se a partir da marca da horizontalidade na construção do saber inacabado (SILVA; PEDUZZI, 2011; FREIRE, 1998).

Acrescente-se que a Educação Permanente em Saúde em conjunto com outras atividades constitui-se em importante instrumento de gestão, contribuindo para a valorização e a satisfação do trabalhador e, principalmente, na qualificação da atenção aos usuários, pois seus processos têm como base as práticas institucionalizadas e como ponto de partida os problemas das equipes, com vistas a aperfeiçoar suas práticas, gerar mudanças organizacionais, relacionais, interpessoais e aprimorar o processo de trabalho (SILVA *et al.*, 2017).

Ao questionar as Regionais se são identificadas barreiras para realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), somente três responderam que não. Os demais participantes responderam que sim, sendo as dificuldades mais mencionadas: baixa cobertura de Agente Comunitário de Saúde e resistência dos profissionais.

O TDO compõe um dos cinco pilares da estratégia *Directly Observed Treatment-short course* (DOTS), lançada em 1993 pela OMS como resposta global para o controle da tuberculose. Esta estratégia visa o fortalecimento da adesão terapêutica, à prevenção do aparecimento de cepas resistentes, à redução das taxas de abandono e ao aumento da probabilidade de cura (BRASIL, 2011b).

A ideia do temor de contágio explica o distanciamento de alguns profissionais em relação aos usuários portadores de tuberculose. Esse distanciamento nem sempre é físico e pode estar implícito de forma subjetiva, como por exemplo com atendimentos apressados (LINHARES; PAZ, 2019).

Nessa perspectiva, o Tratamento Diretamente Observado, como principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com tuberculose, pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde. É componente essencial a formação de vínculo com os usuários, contudo, nem sempre essa relação é estabelecida considerando que, muitas vezes, baseia-se predominantemente na dominação profissional. Portanto, é preciso superar esse modelo para que seja prestada atenção de qualidade, em que o profissional compartilhe com os usuários de um ambiente onde exista a requerida segurança para estabelecer com o usuário a aproximação necessária (BRASIL, 2019a; RODRIGUES; MOTA; FERREIRA, 2020).

Na atenção à tuberculose, o Agente Comunitário de Saúde promove uma aproximação entre as equipes e o usuário portador de tuberculose para além do assistencialismo biomédico centrado na doença e no controle epidemiológico. Desta forma, contribui na melhora da adesão ao tratamento e na redução das taxas de abandono, principalmente por ampliar a detecção de casos. É esperado ainda que esse profissional contribua para a democratização do conhecimento do processo saúde doença concernente a tuberculose e que possa subsidiar a organização dos serviços de saúde em função de uma realidade epidemiológica, política e social (DANTAS *et al.*, 2011; SOBRINHO *et al.*, 2013).

Conforme já mencionado anteriormente, em 2017 foi publicada uma (então) nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b). A mudança da normatização previu que, em relação ao Agente Comunitário de Saúde, não existisse mais a obrigatoriedade de um número mínimo por equipe para que a população tenha 100% de cobertura. A presença de apenas um agente foi considerada suficiente para contemplar as exigências regulamentares. O quantitativo passou a ser definido pela gestão local a partir de critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, preconizando o número máximo de 750 pessoas por cada profissional e a cobertura de 100%

recomendada apenas para áreas de risco e vulnerabilidade social, ficando a cargo do gestor local esta decisão (SILVA *et al.*, 2018).

Neste ínterim, em um contexto no qual a PNAB admite a composição de equipes de atenção primária com um número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde (ou mesmo sem eles), estes profissionais se tornaram prescindíveis ou descaracterizados como um trabalhador comunitário.

Portanto, a presença dos Agente Comunitário de Saúde nos mais diferentes contextos já alcançados pela estratégia de saúde da família ficou em risco e encontra na PNAB 2017 a expressão mais contundente de uma crise (MOROSINE; FONSECA, 2018).

Desta forma, estes aspectos têm corroborado para que o número de Agentes Comunitários de Saúde presentes no território da Atenção Básica apresentem redução. Por exemplo, havia 11.171 Agentes Comunitários de Saúde no estado do Rio Grande do Sul em novembro de 2016, representando uma cobertura de 52,4% da população gaúcha. Já em novembro de 2020, esses profissionais eram 9.854 (redução de 6,9%), cobrindo 45,5% (PORTAL E-GESTOR MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Quanto ao questionamento se existe fluxo estabelecido na regional para a realização dos exames de diagnóstico para tuberculose, e se a Atenção Primária à Saúde dos municípios vem atuando satisfatoriamente no escopo de suas responsabilidades, onze dos quinze participantes relatam que existe fluxo. Contudo, percebem falta de empenho das equipes no monitoramento dos casos e busca ativa, duas regionais manifestam que não sabem se existe este fluxo e duas informam que não identificam pactuação.

O estabelecimento de rotinas e fluxos para testes diagnósticos deve se dar conjuntamente com gestão, assistência, os programas estaduais e municipais de controle de tuberculose bem como a rede laboratorial, de forma a garantir o fluxo das amostras, retorno do resultado em tempo oportuno para início imediato do tratamento (BRASIL, 2019a).

A atenção ao usuário com suspeita de TB necessita da oferta de ações singulares que possibilitem o acesso rápido ao diagnóstico. Ainda neste sentido, a atenção ao paciente com tuberculose torna-se complexa e específica, pois requer um olhar diferenciado devido à magnitude de uma doença socialmente estigmatizada. Estudos realizados no Brasil demonstraram que, além da falta de conhecimento sobre o manejo da tuberculose pelos profissionais da saúde, também se constatou a falta de planejamento e treinamento em serviço (CECILIO; TESTON e MARCON, 2017; TOMBERG *et al.*, 2020).

Segundo Cecilio, Teston e Marcon (2017), a dificuldade no controle da tuberculose não está no diagnóstico e no tratamento, mas sim na forma de organização do serviço para detectar

os casos. Essa falha pode estar relacionada à insuficiência de recursos materiais e humanos, além da falta de capacitação profissional, o que compromete a assistência ao usuário.

Nesse sentido, independentemente do ponto de atenção, ressalta-se o papel importante dos gestores em pactuar fluxos assistenciais que realmente ocorram em Rede, além de fornecer o suporte para as equipes de saúde no âmbito estrutural, organizacional e operacional. Reforça-se que, fluxos assistenciais sem a inclusão da Atenção Primária à Saúde como norteadora no processo de detecção da tuberculose, mostram-se ineficientes para o diagnóstico precoce da doença (TOMBERG *et al.*, 2020).

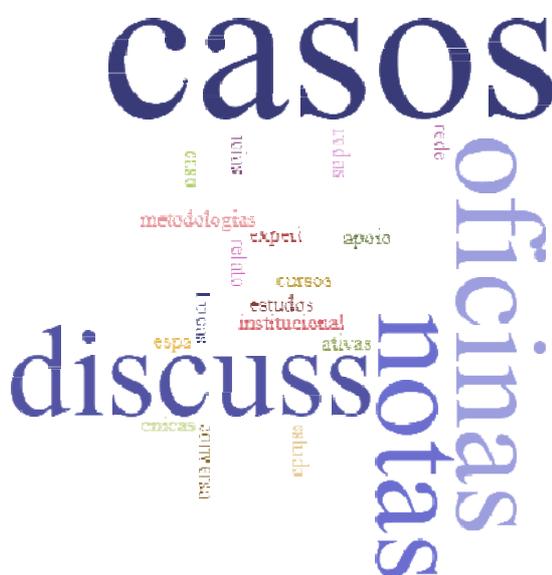
6.3 DISCUSSÃO DOS DADOS EMERGENTES DO EIXO 3

O eixo 3 diz respeito às questões:

- 1) Quais estratégias de EPS você considera potentes para sensibilizar/qualificar os profissionais de saúde?
- 2) De que forma as Coordenadorias Regionais de Saúde podem contribuir para qualificar as equipes de APS?
- 3) Qual o grau de compartilhamento em relação às questões de tuberculose você estabelece com a Vigilância?

Em relação à primeira questão, as Coordenações Regionais de Atenção Básica mencionaram inúmeras estratégias, conforme demonstrado na figura a seguir.

Figura 1- Representação gráfica das estratégias mencionadas de Educação Permanente em Saúde pelas Coordenações Regionais de Atenção Básica, Secretaria Estadual da Saúde - RS, 2020.



A estratégia de discussão de casos foi identificada com maior frequência nas respostas, estando presente no discurso de sete dos quinze participantes. Neste sentido, cabe definir o que seria um estudo de caso, Carneiro (2018) define que um caso é sempre um recorte da realidade e, ainda que seja uma pessoa, será um aspecto específico ou conjunto de características que a tornarão um caso a pesquisar. Um estudo de caso é, portanto, uma forma de estudo que visa a descrição e a compreensão do singular acreditando que este possa contribuir para a compreensão de uma realidade maior (VERZTMAN, 2013).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, as ações de educação permanente em saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes da Atenção Primária à Saúde deve ser embasada em um processo pedagógico que propicie maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras (BISPO; MOREIRA, 2017).

Assim sendo, metodologias ativas, tais como oficinas, discussões e estudos de casos que estimulam o pensamento crítico, a construção coletiva do planejamento da assistência em saúde que os profissionais planejam desenvolver e, principalmente, estímulo ao crescimento pessoal e da equipe de trabalho, não ficando apenas restrita à transmissão de conhecimentos, são essenciais para promover uma assistência qualificada na APS (PUGGINA *et al.*, 2015).

No que tange ao questionamento de quais formas as Coordenadorias Regionais de Saúde podem contribuir para qualificar as equipes da Atenção Primária à Saúde, identificou-se nas respostas uma incorporação de discursos oficiais. Pode se observar na fala do participante 9 que refere: “Desenvolvendo e apoiando ações de educação permanente e sensibilização da equipe”, com o trecho do Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil (BRASIL, 2019a, p. 220): “promoção de educação permanente dos profissionais de saúde para garantir adesão às medidas de biossegurança, diminuir o retardo no diagnóstico de TB [...]”.

Em relação à promoção de reuniões de equipe, identificou-se no discurso do participante 13, o qual menciona: “Promovendo reuniões de equipe sobre o assunto, realizando levantamento de dados e indicadores para subsidiar as equipes nas discussões sobre o controle da doença”, corroborando com o trecho do manual em que diz: “[...] em relação à detecção e ao desfecho de tratamento deverão ser utilizadas por ocasião de reuniões periódicas com os profissionais de saúde e servir de base para definição de indicadores, metas e estratégias de intervenção (BRASIL, 2019a, p. 239)”.

Assim como também podemos relacionar com trechos de outros documentos tais como:

Para qualificar a atenção à saúde é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde [...]. Portanto, que este caderno deve ser incorporado ao conjunto de instrumentos e tecnologias voltados à educação permanente dos profissionais de saúde, fortalecendo as ações que buscam o controle dessas doenças [...] (BRASIL, 2008, p.5).

Neste aspecto, determinados sujeitos atendem às condições para entrar na ordem discursiva, a partir da valoração do que está sendo dito como algo racional, ligado a uma verdade legitimada. Esta se refere ao fato de que em todo tipo de sociedade há possibilidades de verdades, em detrimento de uma única que é legitimada como verdadeira por determinado grupo social específico (BRANDÃO, 2015).

Por fim, ainda nesta concepção, Foucault (2008b) coloca em cena a importância dos discursos e suas relações para a produção da verdade. Segundo o autor, são as práticas discursivas, definidas como práticas históricas e sociais que contribuirão de modo eficaz para a formação dos objetos, para o sentido de verdade que deverá circular no meio social.

Em relação ao questionamento acerca do grau de compartilhamento em relação às questões de tuberculose estabelecidas entre a Coordenação Regional de Atenção Básica e a Coordenação Regional de Vigilância em Saúde, foi observado em treze respostas que ou não existe compartilhamento das ações de tuberculose ou quando é realizado ocorre em situações específicas.

O Ministério da Saúde, preconiza que ambas devem se articular para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e realização de planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes. Neste sentido, para a concreta integração, é importante garantir desde o planejamento conjunto até as ações efetivas (BRASIL, 2018b).

A Vigilância da Saúde reconhece o indivíduo como parte da comunidade, do sistema social e, sobretudo, do território onde se estabelecem as relações de trabalho e de vida. Nesse contexto, é preciso compreender que melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere e no espaço onde vive. Ressalta-se que os atributos da Atenção Primária à Saúde estão em sintonia com os princípios da Vigilância da Saúde, na medida em que eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos, integralidade e corresponsabilidade entre os serviços de saúde e a população (HINO *et al.*, 2011).

A rede de atenção primária à saúde do Brasil vem contribuindo para alcançar importantes resultados na melhoria das condições de saúde da população. Nesta direção, acredita-se ser fundamental o desenvolvimento de estratégias específicas de articulação da Atenção Primária à Saúde com as equipes da vigilância epidemiológica dos municípios. Para tal é necessário uma articulação em nível Regional e Central destas políticas (SARTI *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Assim sendo, para além da integração nas Regionais entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, é necessária integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com a utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALMEIDA *et al.*, 2018).

7 PRODUTOS

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário que as Regionais promovam maior proximidade entre o nível estadual central e os níveis locais, possibilitando agilidade na implantação e/ou implementação de ações de controle da tuberculose ou na resolução de problemas (BRASIL, 2019a).

Neste sentido, por meio da participação colaborativa das Coordenações Regionais de Atenção Básica e de departamentos da Secretaria Estadual de Saúde, elaborou-se uma Nota Técnica com o objetivo de subsidiar as atribuições da Atenção Primária à Saúde em relação às ações voltadas para o controle da tuberculose. Entende-se por Nota Técnica um documento elaborado por técnicos especializados em determinado assunto, devendo conter histórico e fundamento legal, baseados em informações relevantes. É emitida quando identificada a necessidade de fundamentação formal ou informação específica da área responsável pela matéria e oferece alternativas para tomada de decisão (BRASIL, 2019b).

Os percursos metodológicos para elaboração da Nota Técnica começaram em 2018, por iniciativa da mestrandia, então vinculada à Coordenação Estadual da Atenção Básica, exercendo o cargo de Especialista em Saúde - função Enfermeira. Após, houve contato com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS) no intuito de compartilhar o interesse em elaborar tal documento. A partir de então, estabeleceu-se uma parceria.

Em março de 2020 instalou-se a pandemia pelo novo coronavírus SARS-Cov-2 (COVID-19) no Rio Grande do Sul. Em decorrência, foram postergadas as ações relacionadas a Nota Técnica devido a mudança de foco das intervenções da Secretaria Estadual da Saúde.

A partir das respostas oriundas das Coordenações Regionais de Atenção Básica e da organização das demandas voltadas à pandemia, em setembro de 2020, a mestrandia estabeleceu contato com a Coordenação do PECT-RS com o objetivo de retomar as ações da escrita da Nota Técnica. Assim sendo, a elaboração do documento foi restabelecida.

Para a discussão do conteúdo da Nota Técnica foram realizadas quatro reuniões. A primeira versão do documento foi concluída no final de outubro de 2020 e compartilhada para sugestões e validação junto à Divisão de Equidades e à Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da SES/RS, bem como, com a equipe do TelessaúdeRS-UFRGS.

A partir da conclusão da Nota Técnica, a mesma foi encaminhada para validação junto à Secretária Estadual de Saúde, Sra. Arita Bergmann, à Diretora do Departamento de Ações em Saúde, Sra. Ana Lucia Pires Afonso Costa, e à Diretora Substituta do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, a Sra. Tani Maria Schilling Ranieri. Posteriormente, em 22.02.2021, o

documento foi apresentado à Comissão de HIV/IST/TB do Conselho Estadual de Saúde, ocasião em que a Nota Técnica foi amplamente debatida. Em 08.03.2021, a Nota retornou com adequações sugeridas pela referida Comissão. Deste modo, em 22.03.2021 o documento foi reapresentado à Comissão de HIV/IST/TB do Conselho Estadual de Saúde com os ajustes recomendados e posteriormente recebeu parecer favorável para a publicação.

No dia 23.03.2021, em parceria do PECT-RS com o Programa Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades da UFRGS, foi realizada uma atividade de extensão universitária (Anexo D-Ação de Extensão UFRGS nº 44.551), a qual pode ser acessada no site: <https://www.ufrgs.br/saudeurbana/oficina-de-elaboracao-de-nota-tecnica-sobre-aco-es-de-tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude/>. Esta atividade foi caracterizada como uma oficina de educação permanente relativa à Nota Técnica, que também se constituiu em produto do Mestrado Profissional de Ensino da Saúde da aluna-pesquisadora.

Na oficina, estiveram presentes as Coordenações Regionais de Atenção Básica, representações Regionais da Tuberculose e os vinte municípios com maior carga de Tuberculose, sendo eles: Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul, Rio Grande, Alvorada, Pelotas, Charqueadas, São Leopoldo, Santa Maria, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Gravataí, Sapucaia do Sul, Viamão, Montenegro, Esteio, Cachoeirinha, Guaíba, Uruguaiana e Santa Cruz do Sul. Vale ressaltar que a escolha da data deveu-se ao fato que o período de 22 a 26.03 era a Semana Estadual da Tuberculose, em alusão ao Dia Mundial da Tuberculose (24 de março).

A oficina constituiu-se na formação de espaços de promoção da aprendizagem com a participação coletiva, multiprofissional e interdisciplinar mediante o diálogo, contribuindo para a construção de novos conhecimentos (RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Apesar de a atividade ter ocorrido remotamente para atender às orientações de distanciamento preconizadas devido à pandemia, promoveu-se uma ação comunicativa representada na realização da Oficina para discussão da Nota Técnica. A proposta de oficina como modalidade educativa favoreceu a discussão dos desafios e dificuldades na prestação de assistência às questões relacionadas à tuberculose na Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, o momento contribuiu para ampliar espaços de reflexão sobre as práticas e configurar ações que não fossem reduzidas à racionalidade instrumental (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A possibilidade do encontro ser virtual foi um facilitador no sentido de redução de custos e favorecimento de maior participação de servidores das regionais e representações municipais. Foi necessária uma adaptação para realizar encontros de forma remota pois, por exemplo, esta possibilidade para realização de encontro das Regionais não era cogitada anteriormente à pandemia, sendo realizados somente encontros presenciais. Assim, buscou-se uma nova forma

de ensinar e aprender, pautada no contexto do mundo então vigente e considerando as ferramentas disponíveis, o contexto domiciliar e a vida ponderada no distanciamento social. Neste sentido, foi preciso explorar novas maneiras de aprendizagem e interações que estimulem a curiosidade e a criatividade dos participantes (RONDINI; PEDRO; DUARTE, 2020).

Em 25.03.2021 ocorreu a aprovação da plenária do Conselho Estadual de Saúde, conforme Recomendação CES/RS nº 04/2021 (ANEXO A). Por fim, a Nota Técnica foi apresentada em reunião da Comissão Intergestora Bipartite, em 07.04.2021. Após estes trâmites, houve um processo de ampla divulgação do documento por meio do envio de e-mails, publicação no site da Secretaria Estadual de Saúde e site da Coordenação Estadual da Atenção Básica.

7.1 REGISTROS DA OFICINA

A Oficina sobre a Nota Técnica ocorreu por meio da plataforma *Google meet* no dia 23.03.2021 e contou com a participação de 74 pessoas, sendo estas as representações Regionais da Atenção Básica, representações Regionais da Tuberculose, Coordenadores de Atenção Básica e Tuberculose dos vinte municípios de maior carga de TB, representantes do TelessaúdeRS, os pesquisadores deste trabalho, bem como a Coordenação e representações do PECT-RS. A duração do evento foi de aproximadamente 150 minutos.

Em 16.03.2021, havia sido enviado por meio de correio eletrônico o convite (APÊNDICE E) para o Evento de divulgação Nota Técnica Conjunta nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica com o seguinte texto:

Prezadas Coordenações Regionais de AB, é com grande satisfação que convidamos-lhes para o Evento de divulgação e debate da Nota Técnica Conjunta 01.2021- Tuberculose na Atenção Básica.

Para este momento serão convidados também as representações da tuberculose nas Regionais, bem como os 20 municípios de alta carga da Tuberculose.

A data, horário e link para acesso, assim como a programação estão no convite em anexo. Enviamos também a NT para ser lida previamente ao Evento.

Será disponibilizado aos participantes certificado de atividade de extensão fornecido pela UFRGS.

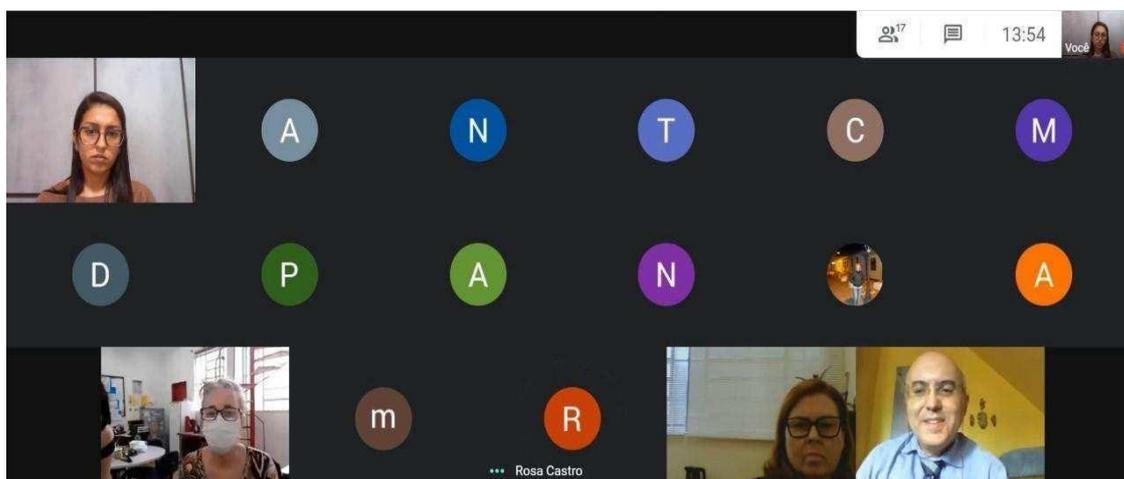
Sabemos que o momento é difícil e são inúmeras demandas, contudo, será uma conversa leve e esclarecedora da

temática, visando a qualificação do atendimento prestado pelas equipes de Atenção Básica acerca do cuidado da tuberculose.

Contamos com a participação de todos!!

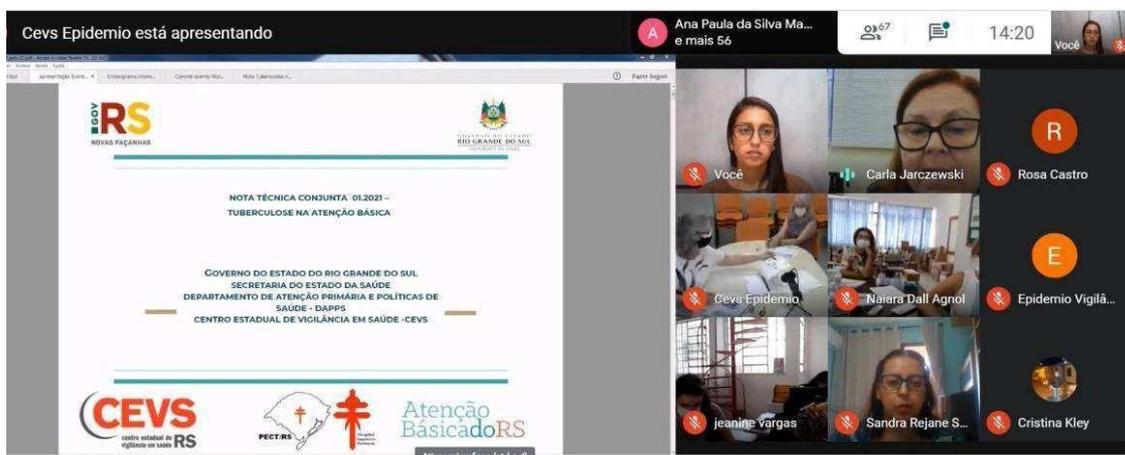
Para melhor elucidação do momento da Oficina, a seguir serão apresentados os registros de imagens da realização do evento.

Figura 2- Imagem Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica - momento da abertura.



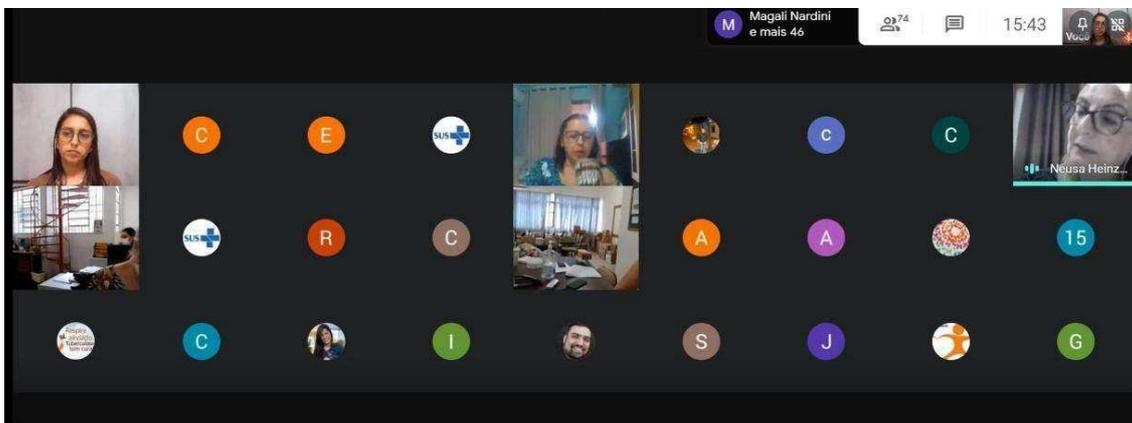
Fonte: arquivo pessoal dos pesquisadores

Figura 3- Imagem Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 Tuberculose na Atenção Básica - fala inicial da representação da Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose.



Fonte: arquivo pessoal dos pesquisadores

Figura 4- Imagem Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 Tuberculose na Atenção Básica - momento final da discussão.



Fonte: arquivo pessoal dos pesquisadores

Durante a realização da Oficina, a pesquisadora solicitou aos participantes que preenchessem um formulário (*Google forms*) para obtenção de informações com o intuito de fornecer certificação de participação da atividade de extensão da UFRGS (ANEXO D). Neste formulário havia também uma “pesquisa de satisfação do evento”.

Na pesquisa de satisfação, os participantes foram questionados a partir de uma escala de 1 a 5, na qual 1 correspondia a muito insatisfeito e 5 a muito satisfeito com a Oficina. Foram obtidas as respostas de 56 participantes, sendo que 42 (75%) atribuíram ao evento a nota 5, doze (21,4%) participantes atribuíram nota 4 e dois (3,6%) participantes classificaram seu nível de satisfação com a nota 3. A representação gráfica a seguir demonstra as respostas obtidas pelos participantes.

Figura 5- Representação gráfica da pesquisa de opinião aplicada no momento da Oficina de Educação Permanente Nota Técnica nº 01/2021 - Tuberculose na Atenção Básica.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à relevância da qualificação das equipes de Atenção Primária à Saúde para assumirem as responsabilidades das ações de controle da tuberculose e dos desafios para o alcance das metas de detecção e cura da doença, este trabalho fomentou a discussão, primeiramente nos diversos Departamentos da Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente nos municípios, estimulando a integração entre a atenção básica e as ações de vigilância em saúde voltadas à tuberculose.

Neste sentido, Monroe *et al.* (2008) já mencionavam que, para que as ações de controle da tuberculose sejam incorporadas de forma expressiva, consciente e responsável no elenco de atividades dos serviços de Atenção Primária à Saúde deve-se estabelecer um projeto colaborativo com representantes de diversas áreas, para definição conjunta de prioridades. Além disso, conforme abordado ao longo desta dissertação, para que a maioria dos casos de tuberculose seja atendida na Atenção Primária à Saúde, a descentralização da assistência exige a capacitação destes profissionais, a fim de que estejam aptos a acompanhar o tratamento dos casos novos, partindo dos princípios norteadores do vínculo e da responsabilização pela população da sua área adscrita (SANTANA *et al.*, 2020).

A partir do exposto, evidenciam-se questões a serem resolvidas em relação ao controle da tuberculose, em função da magnitude e da complexidade do cuidado e, conseqüentemente, da organização da assistência. Assim sendo, por meio da Nota Técnica e da realização da Oficina de Educação Permanente com as Coordenações Regionais de Atenção Básica e Coordenações Regionais da Vigilância almejou-se dar conta de algumas destas questões que são consideradas nós críticos em relação ao cuidado prestado na APS, ao usuário com tuberculose.

Existem muitos desafios a serem enfrentados para qualificar a atenção em relação ao agravo da tuberculose, tal como a organização da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente pelo entendimento dos profissionais em relação de que a APS deve ser a ordenadora do cuidado e também pela cultura da população de procurar outros serviços como porta de entrada do sistema de saúde (SANTANA *et al.*, 2020). Destaca-se, ainda, que há uma carência de estudos que apresentem a percepção dos profissionais sobre a viabilidade de desenvolver o tratamento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde, bem como trabalhos que abordem experiências exitosas em relação ao atendimento da tuberculose na Atenção Primária à Saúde.

No que diz respeito a qualificação dos profissionais, tanto das Coordenadorias Regionais da Secretaria Estadual de Saúde quanto dos municípios, a proposta pedagógica utilizada por meio da educação permanente em saúde, objetivou considerar os trabalhadores/gestores como

sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas (PEIXOTO; ARAUJO, 2012). À exemplo de uma proposta como a da Nota Técnica, construída a partir da percepção das Coordenações Regionais de Atenção Básica em relação ao processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde e posteriormente debatida e avaliada pelos participantes da Oficina.

A excelência de transformar a gestão e a atenção está intimamente vinculada às ações educativas, com propostas inovadoras e transformadoras. Assim sendo, a Educação Permanente em Saúde constitui-se em uma alternativa potencial de mudanças no espaço de trabalho, por cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, por meio da qual se propõe transcender o tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos sujeitos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos mesmos (PEIXOTO; ARAUJO, 2012; SILVA *et al.*, 2017).

E neste sentido, as propostas dos produtos elaborados neste trabalho buscaram transformar as práticas profissionais existentes por meio da reflexão de trabalhadores e gestores. Desta forma, constitui uma responsabilização mútua no cotidiano da produção do cuidado, da gestão e da formação dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Cabe ainda ressaltar que a realização da Oficina, foi uma oportunidade do desenvolvimento de habilidades de escuta e comunicação entre gestores de diversos espaços e trabalhadores da assistência, bem como o reconhecimento e a valorização do papel e do trabalho executado pelos profissionais, interação que se mostrou essencial para dar lugar ao aprendizado compartilhado (TOASSI *et al.*, 2020).

Por vezes, é estabelecida uma ênfase na construção de um saber que contribua para gestão do trabalho e colabore para a resolutividade dos serviços. Contudo, as estratégias de EPS não dizem respeito somente a uma questão metodológica. Para além deste, torna-se crucial delinear os conteúdos que ampliem a visão dos trabalhadores em relação às questões de tuberculose, por exemplo, reconhecendo o usuário na sua integralidade, abordando os aspectos de vulnerabilidades sociais e individuais.

Destaca-se que, nunca foi tão necessário resgatar uma Educação Permanente em Saúde que de fato articule a “utopia” da “saúde como direito de todos” como possibilidade de qualidade de vida, para usuários e trabalhadores, reconhecendo-os como sujeitos de conhecimento e de cultura (LEMOS, 2016).

Ainda cabe ressaltar que, o trabalho em conjunto entre a Divisão de Atenção Primária da SES/RS e o Programa de Controle de Tuberculose da SES/RS, para além da elaboração dos produtos deste trabalho, também proporcionou a inclusão de um indicador relacionado à Tuberculose - Percentual de realização de TDO na APS- no atual financiamento estadual da

APS. Este indicador será um importante indutor de qualificação das ações para o cuidado ao usuário com TB nos municípios no âmbito da APS. Além disso, esta interface entre tais políticas têm estimulado a participação das representações da APS dos municípios nas reuniões organizadas pelo PECT.

Assim sendo, a partir do processo de trabalho em equipe destas políticas e da integração entre os trabalhadores a nível estadual, pretende-se fomentar que tais articulações ocorram nos municípios e nas equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. de F. P. M. *et al.* Fatores associados com falência terapêutica, abandono e óbito em uma coorte de pacientes com tuberculose acompanhados no Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1573-1582, Maio. 2007. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700008>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700008>. Acesso em: 16 de jan. 2021.
- ALENCAR, F. P. da S. *et al.* Estratégias preventivas da tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** [online], v. 11, n. 14, p.e1297, Set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1297.2019>. Disponível em: Estratégias preventivas da tuberculose na atenção primária à saúde | Revista Eletrônica Acervo Saúde (acervomais.com.br). Acesso em: 29 de jan. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. 1, p. 244-260, Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 09 out. 2020.
- ANDRADE, C. R. B. de. *et al.* Ações de planejamento e monitoramento para o controle da tuberculose na atenção primária à saúde. **Rev. de APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 4, p. 493-500, Out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15865>. Disponível em: AÇÕES DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | Revista de APS (ufjf.br). Acesso em: 09 out. 2020.
- ANTUNES, L. B. *et al.* Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 409-415, Maio. 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000300015. Disponível em: View of Sintomático respiratório de tuberculose na atenção primária: avaliação das ações segundo as recomendações nacionais (ufc.br). Acesso em: 12 nov. 2020.
- ARAGÃO, L. **Habermas**: filósofo e sociólogo do nosso tempo. 1. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.
- ARAUJO, D. S. *et al.* O papel do enfermeiro na busca ativa de pacientes em abandono do tratamento de tuberculose: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. suplementar, n. 59, p. e4263, Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4263.2020>. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4263.2020>. Acesso em: 18 nov. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BEHRENS, M.A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BERALDO, A. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose na Atenção Básica: percepção de doentes e profissionais em município de grande porte. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-8, Jul. 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0075. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/T33z97NnjVVPyD46HnmZpDK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BESEN, C.B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p. 57-68, Fev. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000100006>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BISPO, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, Nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Disponível em: CSP_1081_16_SAGAS.indd (scielo.br). Acesso em: 07 out. 2020.

BRANDÃO. R. T. P. Resenha: Foucault, M. A Ordem do Discurso. Aula inaugural no Còllege de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012. Interespaço. Grajaú/MA, v.1, n.3, p.392-398. Ed Especial, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº2. **Anexo XL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Congresso Nacional, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico nº11**. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: 2018-009.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466/12. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: CES1133.doc (mec.gov.br). Acesso em: 02 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Dispõe sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais**. Resolução nº 510/16. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: L8080 (planalto.gov.br). Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf. Acesso em: 17 maio. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Portal e-Gestor Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: e-Gestor AB (saude.gov.br). Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico para o Controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica - 6**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: Cadernos de Atenção Básica, n. 6: Manual técnico para o controle da tuberculose (saude.gov.br). Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf (saude.gov.br). Acesso em: Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf (saude.gov.br). Acesso em: Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Notas técnicas**. Brasília: Congresso Nacional, 2019b. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/consumidor/notas-tecnicas>. Acesso em 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**: protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf (saude.gov.br). Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: (Microsoft Word - Livro TB 2017 - vers\343o internet.doc) (cevs.rs.gov.br). Acesso em: 22 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - parte 1 (saude.gov.br). Acesso em: 26 mar. 2019.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S. da.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [online], v. 37, n. 6, p. 776-782, Dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600011>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600011>. Acesso em: 02 out. 2020.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 27. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 314-321, Ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>. Acesso em: 08 jun. 2021.

CARVALHO, A. L. B. de. *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-222, Jan. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.29312019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>. Acesso em: 26 set. 2020.

CARVALHO, M.S. de.; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface - Comunicação, Saúde**, Educação, São Paulo, v. 23, p. 1-12, Set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Acesso em: 28 maio. 2021.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p. 161-77, Fev. 2005. Disponível em: [arq17 \(scielo.br\)](http://arq17.scielo.br). Acesso em: 05 out. 2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 02 out. 2020.bese

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis, Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: [physis14_1 \(scielo.br\)](http://physis14_1.scielo.br). Acesso em: 05 out. 2020.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-9, Ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000230014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2020.

COELHO, A. A. *et al.* A Efetividade do Tratamento Diretamente Observado na Adesão ao Tratamento da Tuberculose. **Revista Portal: saúde e sociedade**, Alagoas, v. 3, n. 1, p. 666-679, Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.28998/rpss.v3i1.4352>. Disponível em: A Efetividade do Tratamento Diretamente Observado na Adesão ao Tratamento da Tuberculose | Ferreira | Revista Portal: Saúde e Sociedade (ufal.br). Acesso em: 12 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: – DECRETO N 94.406/87 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil (cofen.gov.br). Acesso em: 05 out. 2020.

DANTAS, D. N. A. *et al.* Ações do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 980-987, Dez. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978013>. Acesso em: 04 out. 2020.

DRULLA, A. G. da. *et al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-674, Dez. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648977012>. Acesso em: 04 out. 2020.

FERREIRA, M.R.L.; SANTOS, A.A.; ORFÃO, N.H. O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Ceará, v. 32, p. 1-9, Nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9540>. Disponível

em: O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa | Ferreira | Revista Brasileira em Promoção da Saúde (unifor.br). Acesso em: 10 out. 2020.

FERREIRA, N. de F. R. *et al.* Controle da tuberculose: avaliação de aplicativo para atenção primária. **Research, Society and Development**, [online], v. 9, n. 8, p. e946986747, Ago. 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.6747. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6747>. Acesso em: 8 out. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos?** Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? *Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

FEUERWERKER, L. **Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas.** *Olho Mágico*, Londrina, v. 12, n. 3, p. 13-20, 2005.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber.** 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, M. Aula de 11 de janeiro de 1978. *In: _____*. **Segurança, território e população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, p. 1923-58, Dez. 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Disponível em: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world - The Lancet. Acesso em: 13 nov. 2020.

GOMES, R.S. *et al.* Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. *In: PINHEIRO, R.; M.E. B.; MATTOS, R. A. de. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007. p. 19-36.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

HAYASHIDA, K. Y. *et al.* A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p.

286-293, Jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001190013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200286&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2020.

HINO, P. *et al.* O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 417-421, Jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200027>. Disponível em: SciELO - Brasil - O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. Acesso em: 09 out. 2020.

RONDINI, C. A.; PEDRO, K. M.; DUARTE, C. S. dos. Pandemia do covid-19 e o ensino remoto emergencial: mudanças na práxis docente. **Revista Interfaces Científicas – Educação**, Aracaju, v.10, n.1, p. 41–57, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v10n1p41-57>. Disponível em: PANDEMIA DO COVID-19 E O ENSINO REMOTO EMERGENCIAL: MUDANÇAS NA PRÁXIS DOCENTE | EDUCAÇÃO (set.edu.br). Acesso em: 29 mar. 2021.

IBIAPINA, E. F. V.; BERNARDES, A. G. Vigiar e assistir: o território na atenção básica e a racionalização do acontecimento. **Athenea Digital, Revista de pensamento e investigação social**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. e-2077, Nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2077>. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v18-n3-ibiapina-nernardes/2077>. Acesso em: 02 out. 2020.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p.913-922, Mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Disponível em: SciELO - Brasil - Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. Acesso em: 16 abr. 2021.

LIMA, A. A.; MEIRELLES, R. de S.; RAMOS, F. S. Servidor público, seus conhecimentos e expectativas nas funções públicas desempenhadas e os desafios do departamento de recursos humanos no setor público. **Revista Factus de Administração e Gestão**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 45-64, 2018. Disponível em: Revistas e Artigos - FACTHUS - Faculdade de Talentos Humanos. Acesso em: 02 out. 2020.

LINHARES, S. R. dos S.; PAZ, E. P. A., Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. **Enferm. Foco**, [s.l.], v.10, n. 5, p. 179-184, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2407>. Acesso em: 27 set. 2020.

LINHARES, S. R. dos S.; PAZ, E. P. A. A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e20190209, Fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0209>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000200216&lng=en&nrm=iso. Acesso em : 01 out. 2020.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACEDO, S. M. de. *et al.* ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO AO CUIDADO EM TUBERCULOSE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n.3, p. 1-8, Set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.45339>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45339>. Acesso em: 27 set. 2020.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v.8, n.3, p. 4749-4756, Set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4749-4756>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3787>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MELO, L. S. O. de. *et al.* Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. **Enferm. Foco**, [s.l.], v.11, n. 1, p. 136-141, Fev. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2917>. Acesso em: 27 set. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / CONASS, 2011.

MENEZES, E. L. C. de. *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1764, Maio. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>. Disponível em: SciELO - Brasil - Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. Acesso em: 28 set. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervir na micropolítica del trabajo em salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, Ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>. Disponível em: Educación permanente em salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo em salud | Salud Colectiva (unla.edu.ar). Acesso em: 27 Set. 2020.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W. S. (orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MESQUITA, L. M. *et al.* Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 44, n. 1, p. e010, Fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190006>.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000100301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2020.

MEYER, D. E. *et al.* Quem aprende o que e com quem? Educação permanente em saúde e intersectorialidade como desafios políticos-pedagógicos. **Saberes Plurais: Educação na Saúde** [online], v.2, n.3, p. 104-119, Dez. 2018. Disponível em: QUEM APRENDE O QUE E COM QUEM? EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTERSETORIALIDADE COMO DESAFIOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS | Meyer | Saberes Plurais: Educação na Saúde (ufrgs.br). Acesso em: 05 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. de. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. de.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-29.

MITRE, S. M., *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, Dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Acesso em: 23 out.. 2020.

MONROE, A. A. *et al.* Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, Jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 fev. 2021.

MOREIRA, A. da. S. R.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Determinantes sociais da saúde e custos catastróficos associados ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [online], v. 46, n. 5, p. 1-5, Nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>. Acesso em: 07 fev. 2021.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, [online], v. 42, n. spel, p. 261-274, Set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Acesso em: 04 out. 2020.

NUNES, A. V. L. de.; LINS, S. L. B. Servidores Públicos Federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, [s.l.], v. 9, n.1, p. 51-67, Jun. 2009. Disponível em: Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho (bvsaud.org). Acesso em: 26 set. 2020.

PEIXOTO, J.; ARAUJO, C. H. S. dos. Tecnologia e educação: algumas considerações sobre o discurso pedagógico contemporâneo. **Educação & Sociedade** [online], v. 33, n. 118, p. 253-268,

Mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000100016>.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000100016>. Acesso em: 05 out. 2020.

PELAQUIN, M. H. H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [online], v. 33, n. 3, p. 311-317, Jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000300013>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000300013>. Acesso em: 04 out. 2020.

PINHEIRO, P. G. O. D. *et al.* Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online], v. 70, n. 6, p. 1227-1234, Dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>. Acesso em: 28 set. 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, P. B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUGGINA, C. C. *et al.* Educação permanente em saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 87-97, out/dez. 2015. Disponível em: Educação Permanente em Saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros | Espaço para Saúde (fpp.edu.br). Acesso em: 08 out. 2020.

QUINTERO, M. C. F. de. *et al.* Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. **Revista de Salud Pública**, [online], v. 20, n. 1, p. 103-109, Fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177>. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177>. Acesso em: 04 out. 2020.

RIBEIRO, C. V. S. dos.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 33, n. 1, pág. 192-207, Maio. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez. 2020.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. de C.; TORRES, H. C. de. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, Jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200041>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200041&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Dez. 2020.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S. da.; FERREIRA, M. A. de. Representações sociais da tuberculose por enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online], v. 69, n. 3, p. 532-537, Jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690316i>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300532&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2020.

RS/SES (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL). **Decreto nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021**. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Porto Alegre, 2021. Disponível em: decreto-55-718.pdf (estado.rs.gov.br). Acesso em 26 abr. 2021.

SANTANA, S. de. *et al.* Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. **J. Health Biol Sci**, [s.l.], v. 8, n.1, p. 1-5, Mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.2582.p1-5.2020>. Disponível em: Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose | de Santana | Journal of Health & Biological Sciences (unichristus.edu.br). Acesso em: 24 abr. 2021.

SANTOS, N. M. A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 1-10, 2010. Disponível em: Microsoft Word - Artigo 1-3ed-Neusa.docx (herrero.com.br). Acesso em: 24 abr. 2021.

SANTOS, T. M. M. G. dos.; NOGUEIRA, L. T.; ARCENCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, [online], v. 25, n. 6, p. 954-961, Jan. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 set. 2020.

SARDINHA, P. L. *et al.* Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 29, p. 307-322, Jan. 2013. Disponível em: Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos (isciii.es) Acesso em: 10 fev. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 1-5, Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Disponível em: SciELO - Brasil - Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Acesso em: 10 fev. 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Departamento de Prevenção e Vigilância em Saúde. **Protocolo de atendimento de tuberculose**. São José dos Pinhais, 2018. Disponível em: <http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Protocolo-de-tuberculose-2018-pdf.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Programa Estadual de Controle da Tuberculose – PECT/RS**. Porto

Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/apresentacoes-do-pect-rs>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2016. Disponível em: 05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf (saude.rs.gov.br). Acesso em: 28 mar. 2020.

SHUHAMA, B. V. *et al.* Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.51, p. 1-7, Dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016050703275>. Disponível em: SciELO - Brasil - Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas Avaliação do tratamento diretamente observado da tuberculose segundo dimensões da transferência de políticas. Acesso em: 02 out. 2020.

SILVA, A. N. C.; ROSS, J. DE R. Tratamento diretamente observado na tuberculose: imergindo em publicações científicas. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s.l.], v. 12, p. 1-11, maio. 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.303>. Disponível em: Vista do Tratamento diretamente observado na tuberculose (jmphc.com.br). Acesso em: 12 dez. 2020.

SILVA, H. P. R., da. *et al.* O papel do agente comunitário de saúde frente ao desafio da nova política nacional de atenção básica. **Saberes Plurais: educação na saúde**, [online], v. 21, n.3, p. 83-90, Dez. 2018. Disponível em: O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO DESAFIO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA | Silva | Saberes Plurais: Educação na Saúde (ufrgs.br). Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, J. A. M. da.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, Dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400018>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400018>. Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, L. A. A. da. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 1-8, Maio. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779>. Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, M. V. S. da.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 589-599, Fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Acesso em: 28 set. 2020.

SOBRINHO, E. C. R. *et al.* A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 416–21, Jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.16982>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/16982>. Acesso em: 9 out. 2020.

SOUSA, M. F. de. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate** [s.l.], v. 43, n. 5, p. 82-93, Jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>. Disponível em: SciELO - Brasil - Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. Acesso em: 28 Set. 2020.

SPAGNOLO, L. M. L. de. *et al.* Detecção da tuberculose: fluxo dos sintomáticos respiratórios e resultados alcançados. **Rev Bras. Enferm.** [online], v. 71, n. 5, p. 2543-2551, Out. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0457>. Disponível em: SciELO - Brasil - Detection of tuberculosis: respiratory symptoms flow and results achieved Detection of tuberculosis: respiratory symptoms flow and results achieved. Acesso em: 05 out. 2020.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 4, p.1-5, Ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>. Disponível em: SciELO - Brasil - Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19 Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. Acesso em: 09 out. 2020.

TEMOTEO, R. C. A. de. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose: uma perspectiva do cuidado de si foucautiano. **Rev. Min. Enferm.** v. 22, n. p. 1-5, Abr. 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180053. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964501>. Acesso em: 02 out. 2020.

THEODORSON, G. A.; THEODORSON, A. G. **A modern dictionary of sociology**. 1. ed. London: Methuen, 1970.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-17, Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>. Disponível em: SciELO - Brasil - Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. Acesso em: 12 abr. 2021.

TOMBERG, J. O. *et al.* Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da tuberculose. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, e52, p. 1-18, Jul. 2020. DOI: [doi:https://doi.org/10.5902/2179769241815](https://doi.org/10.5902/2179769241815). Disponível em: Comportamento de busca por serviços de saúde para a detecção da tuberculose | Tomberg | Revista de Enfermagem da UFSM. Acesso em: 26 abr. 2021.

VASCONCELOS, L. F. M. *et al.* Principais fatores que retardam o diagnóstico da tuberculose em adultos. **International Journal of Biological and Life Sciences**, [s.l.], v. 1, n.1, 2018. Disponível em: MAIN FACTORS THAT DELAY THE DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN ADULTS - AePub Journals. Acesso em: 02 out. 2020.

VERZTMAN, J. S. Estudo psicanalítico de casos clínicos múltiplos. *In*: COSTA, A. M.; DIAS, D. R. (Orgs.). **Qualidade faz diferença**: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins. Rio de Janeiro: Loyola, 2013. p. 67-92.

WARMLING, C. M. ; MARQUES, L.; ROSA, R. S. dos (org.). **O trabalho e a educação nas redes de saúde**: contribuições coletivas. 1ed. Curitiba: Prismas, 2019.

WYSOCKI, A. D. *et al.* Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 01, p. 165-175, Mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>. Acesso em 26 set. 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional

Título do estudo: TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA DO RIO GRANDE DO SUL

Identificação

Sequência alfa-numérica
identificadora:

Formação Profissional (graduação):

Tempo de atuação na Coordenação da Atenção Básica na CRS:

Questões

- 01) Quais desafios você acredita que dificultam a realização de ações para o controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS)?
- 02) Quais as potencialidades que você reconhece na APS acerca das ações de controle de tuberculose?
- 03) Na sua opinião qual o papel da APS no controle à tuberculose?
- 04) Para você, qual temática específica sobre tuberculose deveria ser trabalhada com as equipes da APS?
- 05) Você recebe questionamentos acerca das ações de tuberculose na APS? No caso de sim, quais.
- 06) Você considera a Nota Técnica como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS)?
- 07) Nos municípios da sua Regional, você identifica barreiras para realização do tratamento diretamente observado? Caso afirmativo, quais?
- 08) No que diz respeito à realização de exames para o diagnóstico de tuberculose pela APS, como você percebe?
- 09) Quais estratégias de EPS você considera potentes para sensibilizar/qualificar os profissionais de saúde?

- 10) De que forma as Coordenadorias Regionais de Saúde podem contribuir para qualificar as equipes de APS?
- 11) Qual o grau de compartilhamento em relação às questões de tuberculose você estabelece com a Vigilância?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Educação Permanente em Saúde com as Coordenações Regionais de Atenção Básica do Rio Grande do Sul**”, cujo objetivo é qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica para as ações de tuberculose na atenção primária à saúde a ser realizada nas Coordenadorias Regionais de Saúde do RS.

O Rio Grande do Sul (RS) ocupa o quarto lugar em incidência da tuberculose (39,5 casos por 100 mil habitantes), o terceiro lugar em relação ao número de casos novos de tuberculose em 2017 (4.467 casos) e, além disso, em 2016 foi o segundo estado com menor percentual (17,5%) de casos novos de tuberculose que realizaram o tratamento diretamente observado (TDO) (BRASIL, 2018).

Considerando estes indicadores e o impacto relevante da tuberculose na saúde pública, prestar uma assistência qualificada aos usuários com este agravo, no nível da Atenção Primária à Saúde, prevenirá complicações e internações desnecessárias. Portanto, faz-se necessário qualificar o atendimento prestado pelas equipes no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em relação às questões acerca da tuberculose, utilizando para este fim como multiplicadores deste processo as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde.

Para a coleta de dados, você está convidado a responder um questionário em formulário eletrônico utilizando a ferramenta *Google Forms*. O formulário é auto aplicado e individual. O tempo destinado ao preenchimento depende de cada participante, em local a ser decidido também pelo participante, estimando-se em 20 minutos. Os dados coletados ficarão sob a responsabilidade do pesquisador principal por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Esta pesquisa envolve riscos mínimos, relacionados ao tempo que você necessitará para preencher o formulário, podendo eventualmente extrapolar o tempo previsto de 20 minutos, além disso será realizada análise do link do formulário disponibilizado, a fim de garantir a eliminação de possível "software malicioso". Também há o risco potencial de quebra de confidencialidade, entretanto o pesquisador responsável e a mestrandia se comprometem em manter o sigilo das respostas, a identificação dos participantes, bem como a identificação das Regionais. Os dados serão criptografados e somente poderão ser acessados mediante senha disponível exclusivamente ao pesquisador responsável e à mestrandia.

Você não receberá qualquer remuneração pela participação, não terá nenhuma interferência no seu trabalho, assim como poderá retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo,

cessando sua participação. Neste caso, qualquer informação sua não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para você. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Resolução CNS n°. 510/16, Artigo 17, Inciso IX).

Esta pesquisa trará os benefícios de contribuir para a organização da Rede de Atenção à Saúde, voltadas às ações da tuberculose. O ponto de partida é a qualificação da atenção primária, além do desenvolvimento de estratégias de educação permanente para as Coordenações Regionais de Atenção Básica, sendo estas potenciais multiplicadores para qualificação das equipes de Atenção Primária à Saúde nos municípios do Rio Grande do Sul. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de atividade profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com o pesquisador responsável prof. Roger dos Santos Rosa pelo telefone (51) 986073642 ou com a mestrandia Janilce Dorneles de Quadros pelo telefone (51) 986073642, como também com o Comitê de Ética na Pesquisa da Saúde da Escola de Saúde Pública, pelo telefone (51) 3901-1532 ou com a Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3738. O Comitê de Ética e Pesquisa é um colegiado, formado por um grupo de especialistas, cuja função é defender os interesses, a integridade e a dignidade dos participantes, contribuindo para que sejam seguidos os padrões éticos nas pesquisas com seres humanos.

Você receberá, através de e-mail, uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinada e rubricada pelo pesquisador.

Porto Alegre, xx de xxxx de 2020.

Janilce Dorneles de Quadros (assinatura)

Roger dos Santos Rosa (assinatura)

Concorda em prosseguir? *

SIM

NÃO

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeita as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - DIREÇÃO DO PECT/RS

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, Carla Adriane Jarczewski, Coordenadora do Programa Estadual de Controle de Tuberculose (PECT/RS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), estou ciente do protocolo de pesquisa intitulado "Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: educação permanente em saúde com as Coordenações Regionais de Atenção do RS", cujo objetivo é qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica para as ações de tuberculose na atenção primária à saúde, a ser realizada nas Coordenadorias Regionais de Saúde do RS. Consiste em uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa, a ser desenvolvida com as 19 Coordenações Regionais de Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul. Será utilizado um questionário auto-aplicado e, a partir deste, elaborar-se-á uma nota técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose, assim como será desenvolvida uma oficina de educação permanente sobre tuberculose com as Coordenações Regionais de Atenção Básica. O estudo será desenvolvido por Janilce Dorneles de Quadros, sob orientação do pesquisador responsável Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.

Estou ciente de que esta autorização não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento, da Secretaria Estadual de Saúde nem trará constrangimento aos trabalhadores que não quiserem ingressar no estudo como participantes.

Por isso, autorizo, por meio deste termo, a sua execução e acesso a indicadores para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A coleta dos dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS, conforme preconizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, por meio das resoluções 466/12, 510/16 e 580/18.

Porto Alegre, 21 de fevereiro de 2020.

Carla Adriane Jarczewski
CRM 18283
ID Func. 186.8306
Diretora Técnica
Hospital Sanatório Partenon



Carla Adriane Jarczewski - ID Funcional 186.8306
Diretora Técnica do Hospital Sanatório Partenon
Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL - DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

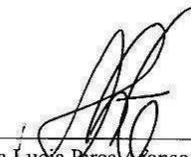
Eu, Ana Lucia Pires Afonso da Costa, Diretora do Departamento de Ações em Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), estou ciente do protocolo de pesquisa intitulado Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: educação permanente em saúde com as Coordenações Regionais de Atenção Básica do RS, cujo objetivo é qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica para as ações de tuberculose na Atenção Primária à Saúde, a ser realizada nas Coordenadorias Regionais de Saúde do RS.

Consiste em uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa, a ser desenvolvida com as 19 Coordenações Regionais de Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul. Será utilizado um questionário auto-aplicado e, a partir deste, elaborar-se-á uma nota técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose, assim como será desenvolvida uma oficina de educação permanente sobre tuberculose com as Coordenações Regionais de Atenção Básica. O estudo será desenvolvido por Janilce Dorneles de Quadros, sob orientação do pesquisador responsável Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.

Estou ciente de que esta autorização não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento, da Secretaria Estadual de Saúde nem trará constrangimentos aos trabalhadores que não quiserem ingressar no estudo como participantes.

Por isso, autorizo, por meio deste termo, a sua execução e acesso a indicadores para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A coleta dos dados/informações requeridas deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS, conforme preconizado pela Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde, por meio das resoluções 466/12, 510/16 e 580/18.

Porto Alegre, 21 de maio de 2020.



Ana Lucia Pires Afonso da Costa
Diretora do Departamento de Ações em Saúde
Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS)

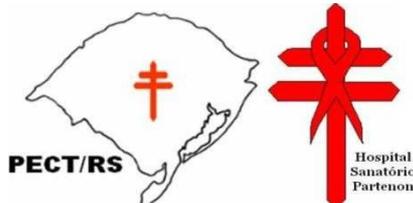
Ana Costa
Diretora do DAS/SES
ID.: 4556275

APÊNDICE E – CONVITE PARA O EVENTO DE DIVULGAÇÃO NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2021 TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA



CONVITE PARA REUNIÃO COM AS REFERÊNCIAS REGIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E TUBERCULOSE E OS 20 MUNICÍPIOS DO RS DE ALTA CARGA DA TUBERCULOSE

Atenção
Básica do RS



CEVS
centro estadual de
vigilância em saúde RS

Olá, colegas das Coordenações Regionais de Atenção Básica (AB) e Tuberculose (TB) e Municípios de Alta Carga!

Convidamos para participar do Evento de Lançamento da Nota Técnica Conjunta 01/2021- Tuberculose na Atenção Básica. Enviamos a NT, em anexo, a qual foi elaborada pela AB, PECT-RS e colaboradores, **para ser lida previamente ao Evento**. A proposta é que o nosso encontro seja para conhecimento e debate sobre a NT, além de esclarecimento de dúvidas.

A data e horário é apresentada no convite a seguir!



Contamos com a presença de todos, até lá!

Cronograma do evento:

Link: https://meet.google.com/jof-enpw-vwm		
Data	Assunto	Horário
23/03 3ªf	Breve apresentação do GT envolvido na elaboração da NT	14h
	Contextualização do processo de elaboração da NT e relevância do tema, justificativa e objetivo	14h15
	Deteccção de casos suspeitos de tuberculose Busca de Sintomáticos Respiratórios	14h25
	Notificação dos casos de tuberculose no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)	14h35
	Tratamento/ Efeitos adversos menores/ ILTB Avaliação Contatos	15h
	Acompanhamento da pessoa com TB na atenção básica/ TDO/ apresentação do Apêndice I	15h30
	Momento para esclarecimento de dúvidas, contribuições	15h50
	Encerramento	16h20

APÊNDICE F - NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2021 – TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

NOTA TÉCNICA CONJUNTA 01/2021 – TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA³

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), é uma doença infectocontagiosa de transmissão aérea, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, é considerada a principal causa de morte por infecções no mundo (WHO, 2020). O Brasil é um dos países com alta carga dessa doença e enfrenta dificuldades para controlar este agravo (BRASIL, 2017a). Tais dificuldades contribuem para a “reemergência da TB como um grave problema de saúde pública”, e se relacionam tanto com os aspectos do tratamento, dos serviços de saúde, bem como às inúmeras situações de vulnerabilidades presentes no contexto de vida de determinados grupos populacionais: população em situação de rua (PSR), pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), população privada de liberdade (PPL) e pessoas que convivem com extrema pobreza (BRASIL, 2019).

Como resposta a esse cenário epidemiológico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os países signatários de suas recomendações têm formulado estratégias de fortalecimento da adesão ao tratamento da TB que incluam ações intersetoriais, o enfrentamento dos determinantes sociais da doença⁴ e um cuidado

³ Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como sinônimos. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2.

⁴ Estudos demonstram a pobreza, desnutrição, baixa escolaridade, moradias precárias, alta densidade populacional, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, viver em áreas de alta incidência de TB, uso abusivo de

centrado no paciente articulado em rede (BRASIL, 2019). Nesse contexto, a descentralização do tratamento da TB para a Atenção Básica (AB) visa ampliar o acesso da população vulnerável com maior risco de adoecimento (e da população em geral) e fortalecer a principal estratégia de controle da doença, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), seja ele domiciliar, na Unidade de Saúde ou compartilhado com o serviço especializado.

Está no escopo das atribuições da AB as estratégias programáticas de controle da TB, de acordo com o atual *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose* (BRASIL, 2019): **1) a detecção precoce dos casos de TB, a qual inclui a busca ativa de sintomáticos respiratórios e a busca passiva de casos, para investigação, diagnóstico e tratamento (e ou devido encaminhamento); 2) o fortalecimento da adesão terapêutica, a qual inclui o acolhimento, a implementação do TDO, a construção do Projeto Terapêutico Singular e monitoramento dos casos e busca de faltosos (BRASIL, 2019).**

Podemos citar também, para além da assistência individual, a necessidade de que a AB desenvolva estratégias comunitárias integradas às ações com a Vigilância em Saúde (VS). Tal integração colabora para que os profissionais de saúde reconheçam as particularidades do território, os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, as situações de risco sanitário e o contexto local das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (eSF) e das Equipes de Atenção Primária (eAP). A partir disso, diferentes processos de trabalho podem ser necessários, considerando as diferenças do contexto de vida das populações com maior risco de adoecimento dentro de cada território. Portanto, a sensibilização das equipes da AB, quanto a importância de direcionar suas ações também para o tratamento da TB, contribui para o planejamento de estratégias de promoção e proteção da saúde da população, de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018a).

No Brasil, assim como em vários países, a TB, é considerada condição sensível à Atenção Primária e a organização das ações de atendimento à TB nesse nível de atenção estão incluídas no primeiro pilar do Plano Nacional Pelo Fim da Tuberculose (BRASIL, 2017a): “Prevenção e Cuidado Integrado Centrado no Paciente”. Portanto, descentralizar as ações de tratamento da TB para a AB tem potencial para

álcool e outras drogas, migração, além de barreiras culturais e econômicas como determinantes sociais relacionados à ocorrência de TB.

fortalecimento da adesão e redução de situações de vulnerabilidades⁵, contribuindo para maior controle da doença. Dentre as ações realizadas na AB estão:

- Identificar novos casos no território, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Realizar diagnóstico oportuno dos usuários, diminuindo a chance de transmissão da tuberculose para seus contatos;
- Iniciar o tratamento imediatamente, evitando que o paciente circule por vários serviços até receber o medicamento;
- Realizar a investigação e controle dos contatos, tratando, quando indicado, a infecção latente e/ou doença;
- Organizar, implementar e supervisionar o TDO nas Unidades de Saúde, diminuindo a chance de abandono do uso da medicação pelo usuário;
- Participar da construção de estratégias que visem fortalecer, a comunicação entre os três níveis de atenção, de forma a fortalecer a referência e contrarreferência dos casos de TB.

Com as ações de controle da tuberculose sendo realizadas no território pela AB, amplia-se a possibilidade de aumento dos índices de cura, a redução do abandono do tratamento, a redução de vulnerabilidades, a contribuição para o enfrentamento dos determinantes sociais relacionados à doença e, por consequência, o decréscimo da transmissão da tuberculose na população.

2. JUSTIFICATIVA

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose e a Divisão de Atenção Primária à Saúde deram início a construção deste documento a partir de demandas das Coordenadorias Regionais de Saúde, quando identificou-se a necessidade de normatização dos processos de trabalho, com a finalidade de qualificar as orientações e servir de instrumento de apoio à prática profissional das equipes de saúde da AB, considerando a complexidade do controle e manejo da tuberculose, nos territórios sob sua responsabilidade.

⁵ A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é um determinante social relacionado à TB e visto que a AB é a porta de entrada preconizada aos serviços do SUS, o atendimento desta doença neste nível de atenção torna-se uma potencialidade para o controle da doença.

3. OBJETIVO

Essa Nota Técnica tem como objetivo reforçar o papel da AB como coordenadora do cuidado, frente às novas recomendações de controle da TB, as quais incluem o enfrentamento das situações de vulnerabilidades relacionadas aos casos da doença e o cuidado articulado em rede. Além de, definir critérios para o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo acometido por esta doença, garantindo a resolução prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

4. DETECÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE

O controle da TB requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema de porta de entrada capaz de assegurar o diagnóstico precoce dos casos e assistência qualificada no processo de acompanhamento (BRASIL, 2017a). O Ministério da Saúde estima que 1% da população seja composta por sintomáticos respiratórios (SR), que são indivíduos que apresentam tosse por três ou mais semanas. O tempo de três semanas de tosse é válido para a população geral, porém em populações específicas pode ser duas semanas ou a qualquer tempo (BRASIL, 2019).

A busca de sintomático respiratório deve ser uma atitude incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde, tendo em vista que a detecção precoce dos casos de TB é uma das prioridades contempladas no Programa Nacional de Controle da Tuberculose. O rastreamento de casos sintomáticos respiratórios pode ocorrer de duas formas:

Busca Passiva: é aquela em que a equipe de saúde investiga os usuários que procuram espontaneamente o serviço de saúde;

Busca Ativa: é aquela em que a equipe estabelece ações fora da Unidade de Saúde, na comunidade.

Quadro 1. Orientações para busca de SR em populações específicas.

Sistema prisional	Implantar a porta de entrada no sistema para novos usuários e estabelecer uma rotina sistemática de busca de SR na unidade prisional, pelo menos uma vez ao ano ou, idealmente, a cada 6 meses (BRASIL, 2019) contemplando profissionais e pessoas privadas de liberdade.
Instituições fechadas	Nas instituições fechadas na área dos serviços de atenção básica, como Instituições de Longa Permanência e albergues, é desejável que a estratégia de busca ativa de SR seja realizada periodicamente. Essa periodicidade deve ser estabelecida de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição e a sua capacidade de organização operacional local.
População indígena	Deve-se estabelecer uma rotina diária para a realização da busca ativa do SR, considerando o elevado risco de adoecimento dessa população. Essa busca deve ter caráter permanente e priorizada durante a visita domiciliar e em eventos que ocorrem nas aldeias.
População em situação de rua	Realizar busca ativa nos locais de permanência das pessoas em situação de rua em conjunto com equipes de assistência social, serviços itinerantes e consultórios de rua, para identificação dos casos e encaminhamento, com articulação entre unidades de saúde e abrigos, visando o cuidado compartilhado.

Fonte: Brasil (2019)

O rastreamento, conforme Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica (APÊNDICE I), deve ser realizado de forma compartilhada com outros pontos da RAS, essas ações proporcionam a diminuição da carga de bacilos da população, conseqüentemente diminuindo a incidência de tuberculose no território.

5. NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Conforme Portaria Ministerial, a tuberculose é uma doença de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016). **Notifica-se apenas o caso confirmado de tuberculose** (critério laboratorial ou clínico). Mediante a confirmação

de um caso de tuberculose, a unidade de saúde (pública ou privada) que identifica o caso é responsável por sua notificação. Outros serviços podem notificar o caso, como por exemplo, os laboratórios.

A notificação é feita por meio do preenchimento da “Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose” (**Anexo I**). O caso de tuberculose deve ser acompanhado até o seu encerramento e é recomendável utilizar o boletim de acompanhamento gerado pelo SINAN (**Anexo III**). Estes dados devem ser inseridos mensalmente no SINAN, pela vigilância municipal.

6. DIAGNÓSTICO

A forma clínica pulmonar da TB é a mais importante do ponto de vista epidemiológico, em função da transmissão por via respiratória. Contudo existem apresentações extrapulmonares, as quais têm seus sinais e sintomas dependentes dos órgãos ou sistemas acometidos (BRASIL, 2019). Quando há suspeita de tuberculose extrapulmonar os pacientes HIV soronegativos devem ser encaminhados para referência secundária de acompanhamento de tuberculose, já os pacientes HIV soropositivos devem ser encaminhados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE).

Em relação a TB pulmonar, os métodos para o diagnóstico laboratorial da tuberculose são a baciloscopia, a cultura para micobactérias e o Teste Rápido Molecular/ Gene Xpert (TRM).

A realização da cultura permite o isolamento e a identificação do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) e das micobactérias não tuberculosas (MNT), para posterior realização do Teste de Sensibilidade às drogas Antimicrobianas (TSA).

Atentar para outros sinais e sintomas além da tosse, dentre os quais: febre vespertina, sudorese noturna, anorexia, astenia (cansaço e mal estar), emagrecimento, dor torácica, hemoptise e/ou escarro hemático.

Todo usuário com diagnóstico de tuberculose deve ser testado para HIV. O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose tem importante impacto no curso clínico das duas doenças e na condição de saúde do indivíduo (Brasil, 2019).

6.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

6.1.1 Baciloscopia

A pesquisa bacteriológica é de importância fundamental em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento da TB. Por ser um método simples e seguro, deve ser realizado por todo laboratório público de saúde e pelos laboratórios privados tecnicamente habilitados. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada em nosso meio (Brasil, 2019).

A baciloscopia de escarro é indicada nas seguintes condições:

- No sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa e passiva;
- Em caso de suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse;
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

A baciloscopia de escarro para diagnóstico deve ser realizada em duas amostras: uma por ocasião do primeiro contato com a pessoa que tosse e a outra preferencialmente no dia seguinte, com a coleta do material sendo feita ao despertar. Para garantir a qualidade da baciloscopia, a coleta das amostras deve seguir as orientações para *Coleta de Escarro do Ministério da Saúde* disponível no [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019), pág. 62.

Municípios e/ou serviços de saúde que fazem a busca ativa de SR devem planejar e monitorar essa atividade levando em conta a população local. Conforme já mencionado, o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar é de 1% da população geral (Brasil, 2019).

6.1.2 Cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade:

A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB. Tanto nas situações de retratamento, seja reingresso pós abandono ou recidiva, assim como nos casos de coinfeção com HIV, profissionais de saúde e situações de vulnerabilidade social (PSR, PPL, albergues, comunidades terapêuticas de dependentes químicos ou instituições de longa permanência, população indígena, e imigrantes) a cultura com identificação e teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA), deve sempre ser solicitada.

Considerando a elevada frequência de formas multirresistentes na população carcerária, a cultura e o TS devem ser sempre realizados em todos os sintomáticos respiratórios identificados, além da baciloscopia ou TRM-TB (BRASIL, 2019).

Cabe ressaltar que, nos casos pulmonares com baciloscopia negativa, a cultura do escarro pode aumentar em até 30% o diagnóstico bacteriológico da doença.

A cultura deve ser realizada independente do resultado da baciloscopia para todos os casos com suspeita de TB. O TSA deverá ser realizado a partir das culturas positivas para CMTB em sistemas automatizados que reduzem o tempo para o resultado do perfil de sensibilidade/resistência às principais drogas utilizadas no tratamento (BRASIL, 2019).

Considerando que em muitos locais não há laboratórios que realizem cultura, sugerimos que seja questionado ao gestor municipal a disponibilidade local ou regional, bem como estimulada a contratualização/pactuação para a realização desses exames.

6.1.3 Radiografia de tórax:

Entre os métodos de imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. Juntamente com as radiografias de tórax, sempre devem ser realizados exames laboratoriais (baciloscopias, cultura e/ou teste rápido molecular) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico e acompanhar a evolução baciloscópica. O exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico tem como principais objetivos excluir outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e sua evolução radiológica durante o tratamento. Geralmente são realizadas duas radiografias: uma no diagnóstico, a segunda no final do tratamento (BRASIL, 2019).

6.1.4 Teste Rápido Molecular (TRM)

O TRM-TB está indicado, prioritariamente, para o diagnóstico de novos casos e a avaliação de resistência à rifampicina de tuberculose pulmonar e laríngea em adultos e adolescentes. Esse método não deve ser utilizado para diagnóstico em pessoas que já foram tratadas anteriormente para tuberculose, mas pode ser utilizado para avaliação de resistência a Rifampicina nestes casos. Nos locais em que a máquina está disponível, também têm seu uso prioritário no diagnóstico. Contudo, é uma ferramenta de alto custo e que necessita de laboratórios especializados para sua realização. Desta forma, no RS, hoje estão disponíveis máquinas em 10 municípios de alta carga de

doença tuberculosa, são eles: Alvorada, Canoas, Charqueadas, Gravataí, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Maria, São Leopoldo e Viamão.

6.1.5 Prova Tuberculínica (PT)

A prova tuberculínica (PT) é utilizada para diagnóstico de Infecção Latente de Tuberculose (ILTb), e pode também auxiliar o diagnóstico de tuberculose ativa em crianças (WHO, 2015).

A prova tuberculínica é um teste diagnóstico de ILTB que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD (do inglês, Purified Protein Derivative) por via intradérmica, em que a leitura é realizada **48 a 72 horas** após a aplicação, podendo ser estendido até **96 horas** (BRASIL, 2014).

Não há evidências para utilização de PT como método auxiliar no diagnóstico de TB pulmonar ou extrapulmonar no adulto. Uma PT positiva não confirma o diagnóstico de TB ativa, assim como uma PT negativa não o exclui (BRASIL, 2019 – p.84).

Assim, a PT é indicada para:

- Identificar casos ILTB em adultos e crianças;
- Auxiliar no diagnóstico de TB ativa em crianças.

A prova tuberculínica reativa, isoladamente, não é suficiente para o diagnóstico da tuberculose doença. Além disso, é um método complementar de diagnóstico, não excluindo os métodos tradicionais: avaliação clínica, radiológica e baciloscópica. Mesmo na ausência deste insumo, não se deve deixar de avaliar o paciente pelos métodos tradicionais.

7. ORGANIZAÇÃO NO NÍVEL MUNICIPAL

No que se refere ao âmbito municipal as ações preconizadas são apresentadas no fluxograma a seguir.

Figura 1. Ações de controle da tuberculose a serem realizadas no âmbito municipal

Fonte: autoria própria da SES/RS (2020).



Ressaltamos também, que compete à instância municipal, entre outras ações, assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas, identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2019).

Nos municípios em que ainda não há um Programa Municipal de Controle da Tuberculose implementado, com o auxílio das Coordenadorias, deve-se identificar e pactuar fluxos para o serviço que será referência em atenção secundária, podendo ser um Serviço de Atenção Especializada (SAE) ou um especialista (por exemplo, infectologista ou pneumologista) no próprio município ou em um município próximo.

8. TRATAMENTO

A tuberculose é uma doença curável, em praticamente todos os casos, em pessoas com bacilos sensíveis aos medicamentos antituberculose (anti TB), quando o tratamento medicamentoso é disponibilizado universalmente e o esquema terapêutico indicado é mantido sem interrupção até a sua conclusão. O profissional de saúde deve orientar o paciente de forma clara, atentando-se para identificar possíveis dificuldades à adesão ao tratamento, considerando as especificidades e necessidades de cada indivíduo.

No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes (quadro 2) é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou 2 em 1 (RH).

O esquema básico em crianças <10 anos de idade (quadro 3) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão). Em fevereiro de 2020, conforme Ofício Circular Nº 3/2020/CGDR/DCCI/SVS/MS, foram disponibilizados comprimidos dispersíveis para o tratamento da tuberculose em crianças menores de 10 anos no Brasil.

Em todos os esquemas de tratamento, os medicamentos deverão ser ingeridos diariamente e de uma única vez. O tratamento em regime ambulatorial, prioritariamente, deve ser realizado por meio da estratégia de TDO.

Quadro 2. Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).

Esquema	Faixas de peso	Unidade/Dose	Duração
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150* mg ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

*A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Fonte: Brasil (2019).

Quadro 3. Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos de idade).

Fases do tratamento	Fármacos	Peso do paciente						
		Até 20Kg	≥ 21 Kg a 25Kg	≥ 26 Kg a 30Kg	≥ 31 Kg a 35Kg	≥ 36 Kg a 39Kg	≥ 40 Kg a 44Kg	≥ 45 Kg
		mg/Kg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia	mg/Dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
4RH	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600

	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
--	------------	--------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fonte: Brasil (2019).

O seguimento de pacientes com tuberculose pulmonar na APS deve ser realizado com consultas médicas mensais, nas quais será reavaliada a adesão ao tratamento, o número de doses tomadas, a evolução clínica, a necessidade de ajuste da dose da medicação de acordo com o peso e o resultado de baciloscopias de controle ao longo do tratamento e outros exames complementares que forem necessários. O quadro 4 resume este seguimento.

Quadro 4: Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos:

Procedimentos	1ºmês	2ºmês	3ºmês	4ºmês	5ºmes	6ºmês	OBS
Consulta Médica	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico
Consulta de Enfermagem	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico
Realizar TR para o HIV (se possível realizar os demais testes rápidos, sífilis e hepatites virais)	x						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento
Avaliação da Adesão	x	x	x	x	x	x	
Baciloscopia de Controle	x	x	x	x	x	x	Recomendação para casos pulmonares
Radiografia de Tórax	x					x	
Glicemia, função hepática e renal	x						No início e repetir a critério clínico

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

8.1 REAÇÕES ADVERSAS

As reações adversas podem ser divididas em dois grandes grupos: reações adversas “menores” (Quadro 5), em que normalmente não é necessária a suspensão dos medicamentos, e reações adversas “maiores”, que normalmente causam a suspensão do tratamento, e nestes casos o paciente deverá ser encaminhado para a referência secundária para TB.

Quadro 5: Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico*

Efeitos adversos	Provável(eis) fármaco(s) responsável(eis)	Conduas
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol/ Isoniazida/ Pirazinamida/ Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida/ Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida /Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol/ Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida/ Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

*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, recomendamos que as reações adversas aos medicamentos antiTB sejam notificadas à Anvisa, pelo sistema VigiMed, para o monitoramento da sua frequência.

9. TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO

O TDO é a principal ação de apoio e monitoramento do tratamento das pessoas com TB, pressupõe uma atuação comprometida e humanizada dos profissionais de saúde (BRASIL, 2019). Tal ação inclui a construção do vínculo e a observação da ingestão dos medicamentos, que deve ser realizada, idealmente, todos os dias da semana por profissional de saúde ou outros profissionais capacitados, desde que supervisionados por profissionais de saúde. Será considerado TDO se a observação da tomada ocorrer no mínimo três vezes por semana durante todo o tratamento (24 doses na fase intensiva e 48 doses na fase de manutenção em casos de tratamento padronizado por 6 meses). A observação das tomadas de medicação realizadas de segunda-feira a sexta-feira, ou pelo menos três vezes na semana, devem ser registradas no cartão de TDO.

A realização do TDO pode ser feita por profissionais de outros serviços como Centro POP, abrigos institucionais, Centros de Atenção Psicossocial – Caps e outros parceiros, desde que supervisionados (e ou capacitados) por um profissional de saúde (BRASIL, 2011). Na AB, a realização do TDO faz parte das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e deve-se considerar este profissional como importante ator para a construção do vínculo com o usuário e operacionalização da estratégia.

Importante destacar que a implementação do TDO pode se beneficiar da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma ação de fortalecimento da adesão ao tratamento. O PTS contempla a organização do cuidado por equipe multidisciplinar e pressupõe a inclusão do suporte familiar e as redes de apoio do indivíduo em tratamento. É um dispositivo de cuidado que deve ser acionado nas situações mais complexas de adoecimento, que no caso da TB são bastante

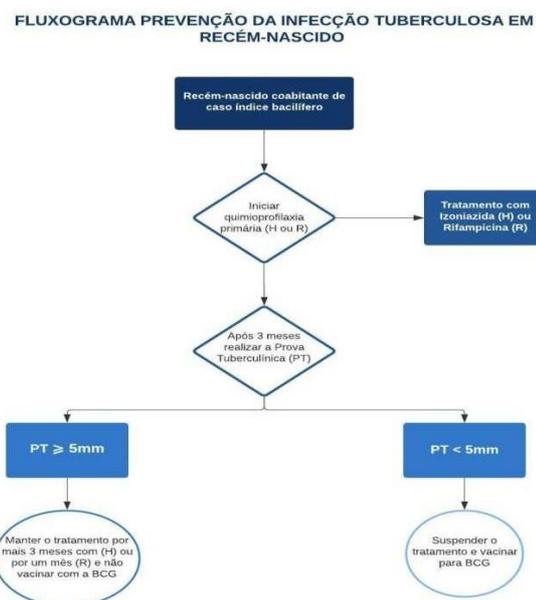
recorrentes. Tais situações, em parte, configuram-se pela presença de determinantes sociais relacionados a não adesão ao tratamento: cenários de instabilidade financeira, de extrema pobreza, iniquidades de acesso a bens e serviços, bem como fatores culturais, étnico-raciais e comportamentais frente ao tratamento de uma doença (BRASIL, 2019).

10. CONTROLE DE CONTATOS

Consiste em uma atividade programática destinada a identificar precocemente os casos de TB e, também, para identificação de indivíduos recém-infectados pelo *M. tuberculosis* no âmbito dos programas de controle da tuberculose. Para o diagnóstico precoce da TB além da busca de SR, é necessário que a AB realize investigação dos contatos de caso de TB. Denomina-se “contato de caso de TB” – toda pessoa que foi exposta ao caso índice ou caso fonte, no momento da descoberta do caso de tuberculose. Esse convívio pode ocorrer em casa, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência, em escolas, dentre outros (BRASIL, 2019).

A investigação de contatos, conforme Fluxograma de Investigação de Contatos (ANEXOS IV e V), envolve a avaliação clínica com o objetivo de identificar a possibilidade de doença ativa ou da infecção latente da tuberculose (ILTb).

Recém-nascidos (RN) expostos a casos TB pulmonar ou laringea podem ser infectados pelo *M. tuberculosis* (MTB) e desenvolver formas graves da doença. Nessas situações recomenda-se postergar a vacinação pela BCG e, após descartado tuberculose ativa, iniciar a quimioprevenção primária, conforme fluxograma abaixo: Figura 2. Fluxograma para prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascido



Fonte: (BRASIL, 2019)

OBS: É importante salientar que antes de se iniciar o tratamento da ILTB, deve-se sempre investigar sinais e sintomas clínicos sugestivos de TB ativa.

Caso o RN tenha sido inadvertidamente vacinado com BCG, recomenda-se o uso de H por seis meses e não está indicada a realização da PT. Avaliar individualmente a necessidade de revacinar para BCG após esse período, já que a H é bactericida e pode interferir na resposta imune aos bacilos da BCG efetuada (BRASIL, 2019).

11. ILTB

A ILTB ocorre quando uma pessoa se encontra infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sem manifestação da doença ativa. Em geral, as pessoas infectadas permanecem saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2017a)

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da TB, tem 30% de chance de infectar-se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais (BRASIL, 2018b).

Atualmente há duas opções terapêuticas no Brasil para tratamento de ILTB: isoniazida ou rifampicina. O esquema de tratamento preferencial é com isoniazida. Neste esquema é adotada a dose de 5 a 10 mg/kg de peso para adultos (≥ 10 anos) e 10mg/kg de peso para crianças (< 10 anos), até a dose máxima de 300mg/dia. Recomenda-se a utilização de 180 doses, que poderão ser tomadas de seis a nove meses, ou 270 doses, que poderão ser tomadas de nove a doze meses. No esquema com rifampicina a dose é 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 600 mg por dia, recomenda-se a utilização de 120 doses, que poderão ser tomadas de quatro a seis meses. O esquema com rifampicina, quando disponível, é a primeira escolha, no Brasil, em indivíduos com mais de 50 anos, em pessoas com hepatopatias, em contatos de pacientes com monorresistência ou intolerância à isoniazida, e crianças menores de 10 anos. A Rifampicina está contraindicada nas PVHA em uso de inibidores de protease e dolutegravir (BRASIL, 2020).

O tratamento de ILTB, quando indicado, deve ser realizado na AB, exceto nos casos com indicação de uso de rifampicina para tratamento de ILTB e em municípios

em que a AB não possa solicitar o fármaco para o paciente ter acesso direto na unidade de saúde. Esses casos com indicação de uso de Rifampicina para o tratamento de ILTB e indisponibilidade da medicação na APS, devem ser encaminhados para referência secundária.

Todo caso com indicação de tratamento de ILTB deve ser notificado e inserido no sistema de informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (ANEXO II). Para mais informações acesse o [Protocolo de Vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil](#).

Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já se trataram para TB ou que já fizeram o curso completo de tratamento da ILTB, exceto em situações especiais sob indicação médica (ex: PVHA em contato com caso fonte bacilífero) (BRASIL 2019; BRASIL, 2020).

12. O ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM TB NA ATENÇÃO BÁSICA

O acompanhamento dos casos de TB faz parte das ações da AB com potencial de interferir positivamente na adesão ao tratamento. Esta ação, juntamente com a detecção dos casos da doença, diagnóstico e tratamento pelo TDO se configuram como parte do cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias.

Esse cuidado integral e longitudinal às pessoas com TB e suas famílias na AB envolve outros profissionais, além do médico e do enfermeiro (BRASIL, 2017b). Neste sentido é importante salientar que os ACS e os Agentes de Combate à Endemias (ACE) são membros da equipe que possuem vínculo estratégico com as famílias e território (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2017b).

Embora o cuidado integral às pessoas com TB esteja, na maioria dos municípios, centralizado na unidade de referência (PMCT), cabe ressaltar que, a **AB deve ser capaz de realizar: diagnóstico de tuberculose, tratamento com esquema básico de casos de tuberculose pulmonar e laríngea bacilíferos**, implementação e realização do TDO, acompanhamento e monitoramento dos casos em tratamento e avaliação de contatos, conforme normas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Assim sendo, recomendamos que o processo de descentralização seja estimulado de forma segura. Inicialmente com a busca ativa de SR, realização de TDO

e a avaliação de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar, sempre compartilhando estas ações com o PMCT. Contatos que forem classificados com ILTB, no âmbito da AB, também podem iniciar o tratamento neste local, lembrando sempre de descartar tuberculose ativa.

Sugere-se como material complementar: [Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil](#) (2019).

13. TUBERCULOSE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Quadro 6: atribuições da Atenção Básica no cuidado à tuberculose

Situações
Realizar Vacina BCG – monitorar cobertura vacinal;
Investigar os Sintomáticos Respiratórios (conforme Manual TB, 2019 – pag.193);
Realizar o diagnóstico da tuberculose;
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;
Solicitar exames complementares (RX, Exames laboratoriais);
Indicar e prescrever o esquema básico (conforme Manual de TB – pág.95), nos casos com baciloscopia positiva: Caso Novo, Recidiva pós Cura, Reingresso pós Abandono. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias e/ou TRM-TB negativos, indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias;
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios; Livro de Acompanhamento de Casos;
Acompanhar o caso de TB pulmonar do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;
Realizar controle dos faltosos, utilizando contato telefônico e Visita Domiciliar (VD) além de auxiliar a referência secundária ou terciária na busca de faltosos sempre que necessário;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis, (teste rápido para HIV com resultado não reagente, permanece acompanhando na AB);
Investigar os contatos e tratar ILTB quando indicado (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Tratar quimioprofilaxia primária do Recém- Nascido (conforme Manual TB, 2019 – pág.163/164);
Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO);
Realizar o TDO compartilhado juntamente com a referência (secundária ou terciária) que acompanha o caso;
Manter acompanhamento dos casos de TB do seu município que estão tratando em outras instâncias (referência secundária e terciária);
Tratar efeitos adversos menores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 128);
Oferecer apoio aos usuários em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando garantia de direitos para melhor qualidade de vida dos usuários e remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

Quadro 7: atribuições da Atenção Secundária no cuidado à tuberculose

Situações
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário;
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos;
Solicitar exames complementares (RX, Exames laboratoriais);
Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;
Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;
Investigar os contatos, diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;
Elucidar diagnóstico – para pessoas com suspeita de TB pulmonar com baciloscopia negativa e/ou com apresentação radiológica atípica;
Tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV*;
Avaliação e acompanhamento de pacientes com TB com evolução clínica desfavorável;
Tratamento de casos de TB com esquema alternativo;;
Efeitos adversos maiores (conforme Manual TB, 2019 – pag. 129);
Avaliação e acompanhamento de casos de TB extra pulmonar;
Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.
Tratamento de TB em menores de 10 anos;
Tratamento de ILTB com rifampicina (quando indicado);
Avaliação em casos suspeitos de falência do terapêutica.

* Em caso do profissional médico estar devidamente capacitado e apto, o atendimento destes agravos pode ser realizado na APS.

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

Quadro 8: atribuições da Atenção Terciária no cuidado à tuberculose

Situações
Solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade quando necessário
Preencher os instrumentos de vigilância preconizados pelo programa nacional: Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose (SINAN); Livro de Acompanhamento de Casos;
Acompanhar o caso de TB, de competência da referência, do início do tratamento até o encerramento do caso, com baciloscopias de controle;
Realizar controle dos faltosos, utilizando estratégias para contato;
Realizar Teste Rápido para HIV e demais testes rápidos se disponíveis;
Investigar os contatos diretamente ou em parceria com AB (Conforme Manual TB, 2019 – pág. 213);
Realizar o tratamento diretamente observado compartilhado (TDO) juntamente com a referência da AB correspondente do usuário;
Realizar o acompanhamento bem como a contrarreferência juntamente com a referência da AB correspondente do

usuário;
Tratar casos de falência Terapêutica por resistência e resistência comprovada
Diagnosticar e tratar Micobactérias não Tuberculosas (MNT);
Manter o acompanhamento clínico e encaminhar os casos de monorresistência, polirresistência, TB MDR e TB XDR, para a realização do TDO compartilhado na unidade básica, enviando o cartão do TDO (a ser registrado pela unidade básica) e orientações que se fizerem necessárias (regime prescrito, efeitos adversos relacionados ao esquema especial, solicitação de baciloscopia etc.);
Realizar matriciamento da AB em relação aos casos complexos de tuberculose e demais dúvidas.

Fonte: Elaboração SES/RS, 2020.

AUTORAS:

Carla Jarczewski - Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose/RS/HSP/SES

Janilce Dorneles de Quadros – Divisão da Atenção Primária à Saúde

Rosa Albuquerque Castro - PECT/RS/CEVS/SES

Silvana Boeira Zanella – PECT/RS/CEVS/SES

Andréia Spíndola de Campos - PECT/RS/CEVS/SES

Colaboradores:

Ana Lúcia Pecis Baggio - Coordenação Estadual de IST/Aids/DAS/SES

Carla Daiane da Silva Rodrigues - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Equipe Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Equipe Técnica TelessaúdeRS-UFRGS

Fernanda Torres de Carvalho - Divisão Doenças Crônicas Não Transmissíveis/DAS/SES

Laura Ferraz - Coordenação Divisão da Atenção Primária à Saúde

Mara Pessini - HSP/SES

Consultor PECT/RS: Dr Maurício Vieira Rodrigues

Priscila Tadei Nakata Zago - HSP/SES

Rachel Cohen - IST/Aids/DAS/SES

Raissa Ballejo Canto - Divisão da Atenção Primária à Saúde

Roger dos Santos Rosa- Faculdade de Medicina/UFRGS

Sandra Rejane Soares Ferreira - Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do GHC

Simone Minghelli – Laboratório de Micobactérias /LACEN-RS/SES

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica : protocolo de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira [et al]. 4. ed. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria e Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Guia de Orientação para Coleta de Escarro / Ministério da Saúde, Brasília-2016.

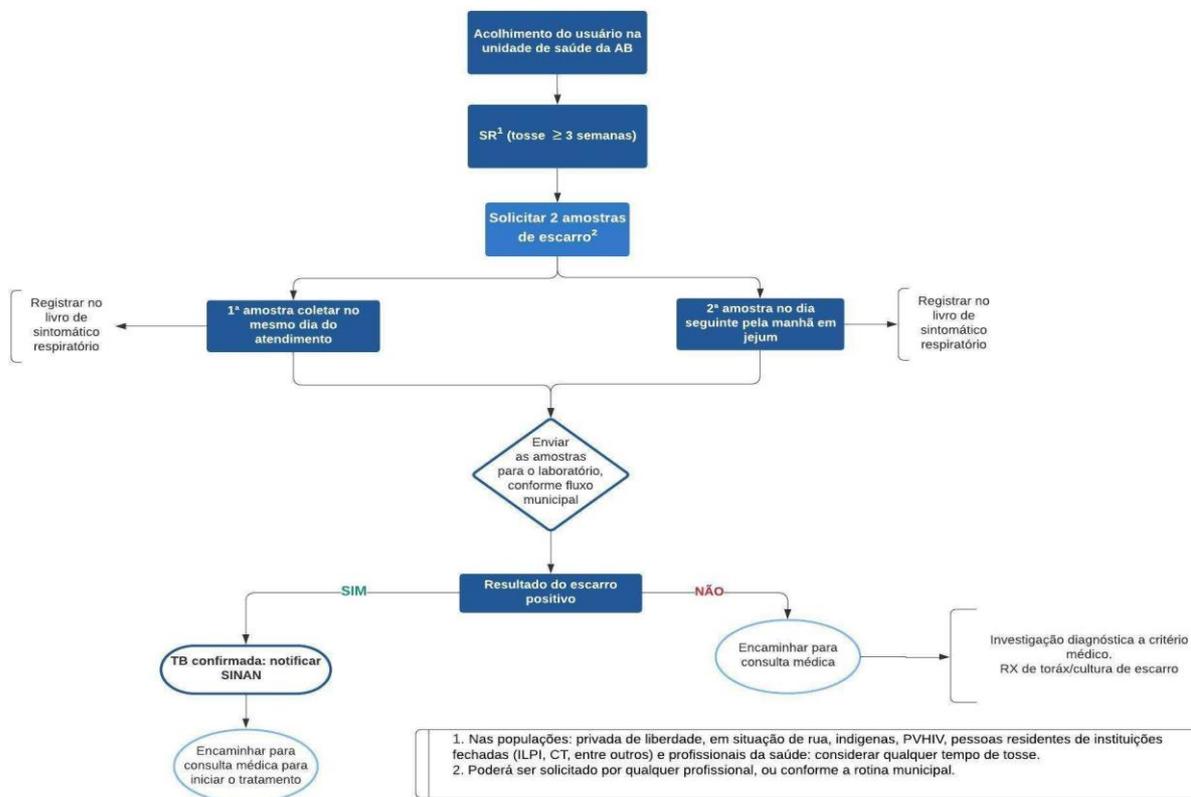
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica Brasília:Ministério da Saúde, 2014

World Health Organization. Global Tuberculosis Report, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>

World Health Organization. The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69241/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf;jsessionid=D5DFB739A9BEA26015DF7BEA8BC0399A?sequence=1

World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [cited 2020 Jun 19]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_12-en.pdf?ua=1

APÊNDICE I – Fluxograma dos Sintomáticos Respiratórios na Atenção Básica



Fonte: SES/PECT (2020).

ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação Tuberculose

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
<p>CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.</p> <p>CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		3	Código (CID10)	
	4	UF	5	Município de Notificação	6	Código (IBGE)
Notificação Individual	7	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		8	Código	
	9	Nome do Paciente		10	Data do Diagnóstico	
	11	Nome do Paciente		12	Data de Nascimento	
Dados de Residência	13	(ou) idade		14	Sexo	
	15	Escolaridade		16	Gestante	
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe	
	19	UF		20	Município de Residência	
	21	Código (IBGE)		22	Distrito	
	23	Bairro		24	Logradouro (rua, avenida...)	
	25	Número		26	Complemento (apto., casa ...)	
	27	Geo campo 1		28	Geo campo 2	
	29	Ponto de Referência		30	CEP	
	31	(DDD) Telefone		32	Zona	
<p>Dados Complementares do Caso</p>						
Dados complementares	33	Nº do Prontuário		34	Tipo de Entrada	
	35	Populações Especiais		36	Beneficiário de programa de transferência de renda do governo	
	37	Forma		38	Se Extrapulmonar	
	39	Doenças e Agravos Associados		40	HIV	
	41	Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		42	Histopatologia	
	43	Cultura		44	Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)	
	45	Data de início do Tratamento Atual		46	Total de Contatos Identificados	
	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura	
	Tuberculose		Sinan NET		SVS 02/10/2014	

ANEXO II – Ficha de notificação da ILTB

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeFICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

É FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.		
DADOS DE NOTIFICAÇÃO		
1) Tipo de entrada*: () Caso novo () Reentrada após mudança de esquema () Reingresso após abandono () Reexposição		2) Data da notificação*: ____/____/____
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		
3) Nome de registro*:		4) Nome social:
5) Data de nascimento*: ____/____/____	6) Sexo*: () Masculino () Feminino	7) Gestante***: () Sim () Não sabe () Não () Ignorado
9) Cartão Nacional de Saúde:		8) Raça/cor*: () Branca () Amarela () Indígena () Preta () Parda () Ignorado
11) Nome da mãe*:		10) Nacionalidade: () Brasileira () Outra. País: _____
DADOS DE RESIDÊNCIA		
12) UF*:	13) Município de residência*:	14) Regional de Saúde:
15) Logradouro*:		16) Nº*:
17) Bairro*:		18) Complemento (apto., casa,...):
19) CEP: _____		20) (DDD) Telefone: _____
INVESTIGAÇÃO		
21) Descartado TB ativa*: 22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB***: () Sim () Não		
23) BCG*: () Sim () Não () Ignorado		24) Radiografia do Tórax*: () Normal () Alteração sugestiva de TB ativa () Alteração não sugestiva de TB ativa () Não realizada
25) HIV*: () Positivo () Em andamento () Negativo () Não realizado		26) IGRA*: () Positivo () Indeterminado () Negativo () Não realizado
27) Data da coleta do IGRA: ____/____/____		28) Prova Tuberculínica (PT)*: () Sim () Não
29) Data da aplicação da última PT: ____/____/____		30) Resultado da última PT***: _____ mm
31) Contato de TB*: () Sim () Não () Não sabe () Ignorado		32) Nome do caso fonte: _____
33) Número do Sinan: _____		
TRATAMENTO		
34) UF*:	35) Município de tratamento*:	36) Regional de Saúde:
37) Unidade de saúde de tratamento*:		38) Código CNES: _____
39) Principal indicação para tratamento da ILTB*: Sem PT e sem IGRA realizados (1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial (2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial (3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/µl (4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião (5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB. PT ≥ 5mm ou IGRA positivo (6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG (7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/µl (8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB (9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF-α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês) (10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora PT ≥ 10mm ou IGRA positivo (11) Sílicose (12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas (13) Neoplasias em terapia imunossupressora (14) Insuficiência renal em diálise (15) Diabetes mellitus (16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) (17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia) (18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT) (19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial (20) Profissionais de saúde (21) Trabalhadores de instituições de longa permanência (22) Outra: _____		
40) Se houver, registre o código da indicação secundária para tratamento da ILTB: _____		41) Medicamento*: () Isoniazida () Rifampicina
42) Data de início do tratamento*: ____/____/____		
PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.		
* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior		
ENCERRAMENTO		
43) Nº de doses tomadas: _____		44) Data do término do tratamento*: ____/____/____
45) Situação de encerramento*: () Tratamento completo () Suspenso por reação adversa () Transferido para outro país () Óbito () Abandono () Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária () Tuberculose ativa		
Observações:		
Nome do investigador*:	Função do Investigador:	Assinatura do Investigador:

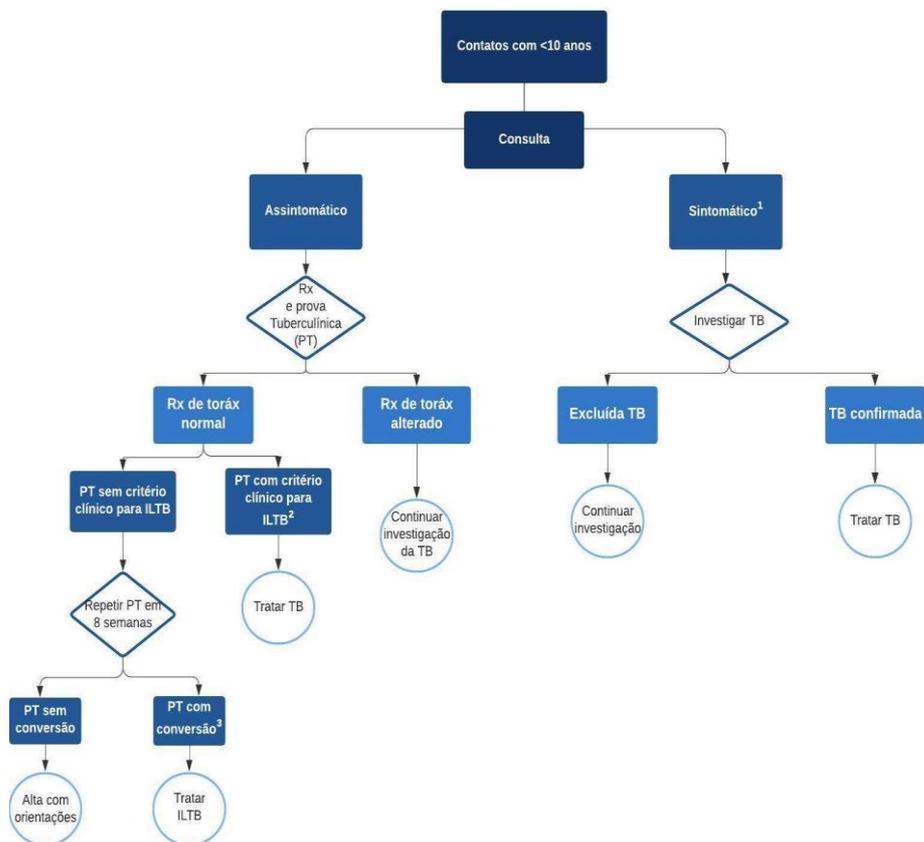
* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

ANEXO III – Boletim de Acompanhamento - SINAN

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48 UF	49 Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50 N° Notificação Atual
51 Data da Notificação Atual	52 Unidade de Saúde Atual	Código	
53 UF	54 Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55 CEP
56 Distrito de Residência Atual	57 Bairro de Residência Atual		
58 Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica			
<input type="checkbox"/> 1º mês <input type="checkbox"/> 2º mês <input type="checkbox"/> 3º mês <input type="checkbox"/> 4º mês <input type="checkbox"/> 5º mês <input type="checkbox"/> 6º mês <input type="checkbox"/> Após 6º mês			
59 Número do prontuário atual	60 Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado	61 Total de contatos examinados	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
62 Situação de Encerramento			
1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR			
8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário			
63 Se transferência			
1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado			
64 UF de transferência	65 Município de transferência	66 Data de Encerramento	

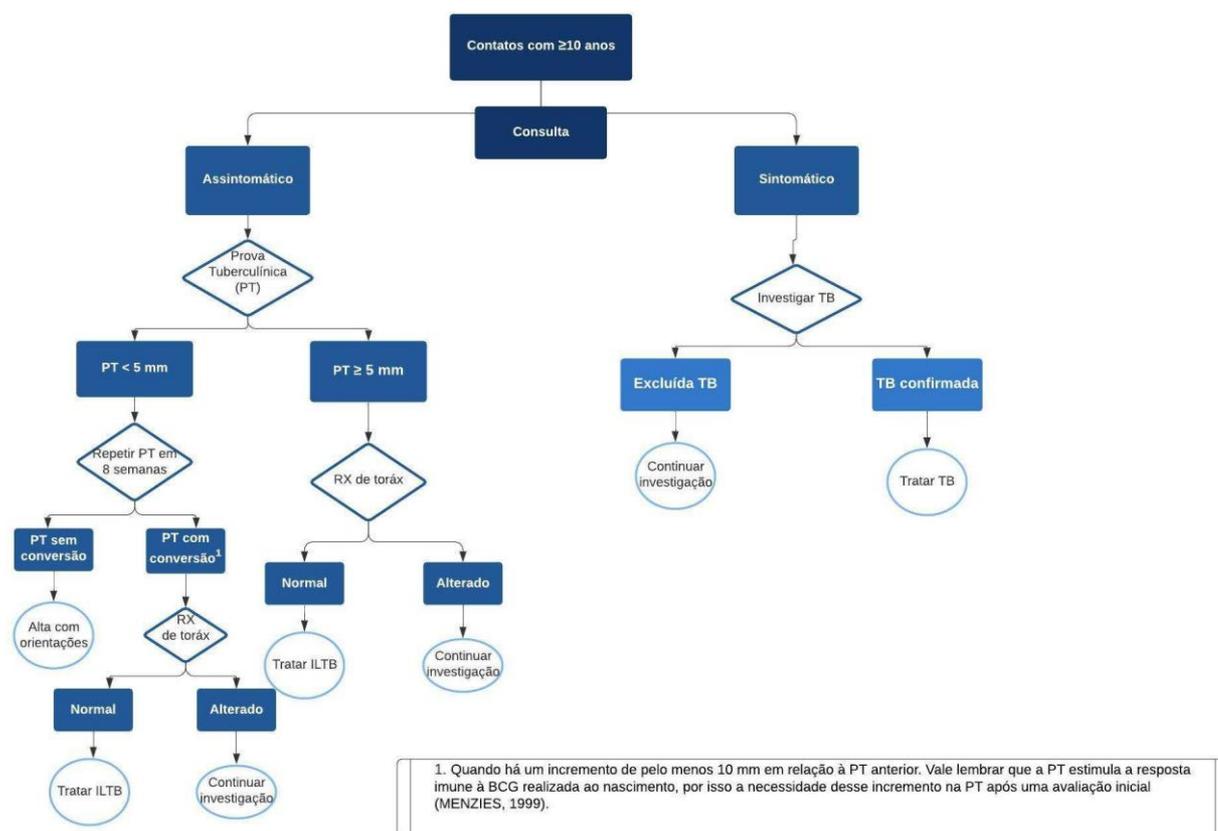
ANEXO IV - Fluxograma para investigação de crianças contato (< 10 anos de idade)



1. Consultar Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2019.
2. PT (Prova tuberculínica) ≥ 5 mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.
3. Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação à PT anterior. Vale lembrar que a PT estimula a resposta imune à BCG realizada ao nascimento, por isso a necessidade desse incremento na PT após uma avaliação inicial (MENZIES, 1999).

Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019).

ANEXO V - Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)



Fonte: Adaptado do Manual TB (BRASIL, 2019)

ANEXO A – RECOMENDAÇÃO CES/RS Nº04/2021



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Recomendação CES/RS nº04/2021

O plenário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - CES/RS, em face das atribuições legais que conferem as Leis Federais 8.080/90 e 8142/90 e a Lei Estadual de nº 10.097/94, reunido virtualmente no dia 25 de março de 2021, aprovou a seguinte Recomendação, para que seja encaminhada, senão vejamos:

Considerando a realidade da tuberculose e da coinfeção TB/HIV no estado do RS, amplamente conhecida e agravada com o avanço da pandemia de Covid19;

Considerando que as ações que vem sendo desenvolvidas para conter a tuberculose e coinfeção TB/HIV não tem sido suficientes ou eficientes o bastante para superar essa situação;

Considerando que as ações intersetoriais internas ou externas se constituem em importante estratégia para o enfrentamento de doenças;

Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada preconizada aos serviços do SUS, tornando sua utilização uma potencialidade para o controle da doença;

Considerando que a cobertura de atenção básica no RS representa hoje 74%.

Considerando que a Nota técnica conjunta de número 01/2021, do CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde e Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da SES/RS, foi apresentada e discutida previamente nas Comissões de IST/Aids/TB/HV e de Atenção básica do CES/RS;

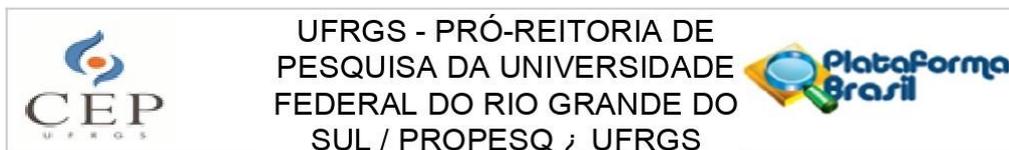
Considerando que a Comissão de IST/Aids/TB/HV do CES/RS após exaustiva análise do instrumento, concluiu pela aprovação dos termos constantes na Nota Técnica supracitada;

Considerando estar de acordo com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, em seu primeiro pilar (BRASIL, 2017): “Prevenção e Cuidado Integrado Centrado no Paciente”;

Considerando que o TDO – Tratamento diretamente observado, estratégia recomendada, fica mais facilitado se a carga dos serviços mais próximos daqueles que estão em tratamento, em função da

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA
UFRGS**

DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA DO RS

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28739020.3.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.899.660

Apresentação do Projeto:

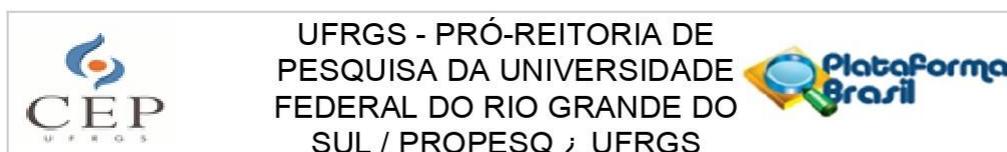
Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Roger dos Santos Rosa, intitulado TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA DO RS " a ser executado de 03/2020 a 09/2021 e que pretende "qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na atenção primária à saúde."

Em resposta, como hipótese, os pesquisadores informam "Tem-se como hipótese de trabalho: é possível elaborar nota técnica com orientações sobre do papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose a partir das contribuições de gestores regionais descentralizados no âmbito da gestão estadual do Sistema Único de Saúde." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Foi apresentada uma fundamentação teórica considerando aspectos relativos tuberculose e Atenção Primária à Saúde (APS).

Trata-se de um projeto que será avaliado pelo CEP/UFRGS (Instituição Proponente) e que tem a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul como coparticipante. É um projeto referente ao

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPESQ & UFRGS

Continuação do Parecer: 3.899.660

Mestrado Profissional em Ensino na Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral, qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na atenção primária à saúde.

Descreve como objetivos específicos:

- a) Enumerar os desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica;
- b) Elaborar Nota Técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose;
- c) Desenvolver oficina de capacitação com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

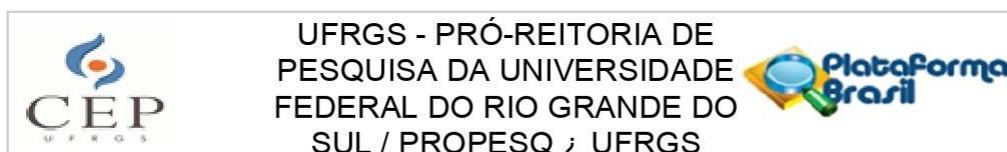
Como riscos, os pesquisadores informam que "A pesquisa apresenta grau de risco mínimo (Resolução 510/2016, art. 21). Há o risco do tempo ocupado pelo entrevistado com o preenchimento do formulário eletrônico extrapolar o inicialmente planejado (cerca de 20 minutos). Os procedimentos eletrônicos (links e formulários) serão previamente conferidos visando a eliminação de "vírus" computacional. Em resposta, informa também que "há o risco potencial de quebra de confidencialidade, contudo, visando mitigar esse risco, apenas o pesquisador responsável e a mestrandas acessarão os dados e se comprometem em manter o sigilo das respostas bem como a identificação dos participantes" (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Como benefícios, os pesquisadores relatam a "Elaboração de Nota Técnica sobre Tuberculose para utilização pelas Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o pesquisador, "trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa."

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.899.660

A pesquisa ocorrerá nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do RS. O critério de inclusão para os participantes será estar atuando na coordenação regional da Atenção Básica há no mínimo um ano. O questionário será auto aplicado, individual, com identificação nominal das Coordenações Regionais de Atenção Básica e será disponibilizado em formulário eletrônico, utilizando a ferramenta Google Forms.

Em relação ao financiamento, na nova versão, os pesquisadores informam que "Todas as despesas operacionais envolvidas ou decorrentes correrão por conta e expensas do pesquisador principal (financiamento próprio) e, portanto, sem nenhum tipo de ônus para a instituição de pesquisa e/ou para os serviços do estado pesquisado." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

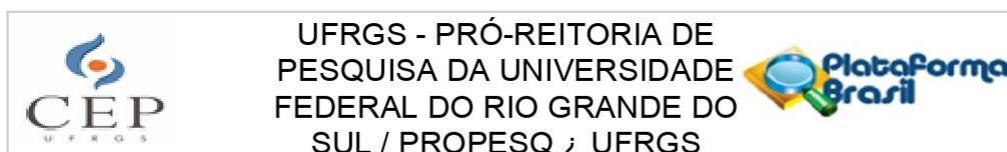
O cronograma está adequado.

Em relação ao formulário de coleta de dados, solicita-se que os dados de identificação sejam substituídos por identificação alfa-numérica a fim de preservar o anonimato dos participantes. Em resposta, a solicitação foi atendida mas manteve-se o nome da coordenadoria. Solicita-se que seja retirada. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Em resposta à pendência, foi incluído o Termo de Concordância para realização do estudo do responsável pelas Coordenadorias. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

No projeto, há poucas informações a respeito das "Oficinas de capacitação com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose". Quem será capacitado, onde ocorrerá, os dados da capacitação serão objeto da pesquisa? Esclarecer, prevendo possíveis implicações éticas como, por exemplo, TCLE. Em resposta, esclarecem que " Foi explicitado no projeto que as Oficinas, consideradas como um dos produtos técnicos decorrentes deste estudo, serão destinadas à capacitação das Coordenações Regionais de Atenção Básica mediante convite aos potenciais participantes. Destina-se a disseminar e divulgar os resultados obtidos após o término da pesquisa, não sendo coletados dados dos participantes para investigação científica. O local e a data serão definidos após a conclusão da Nota Técnica com orientações sobre do papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose." (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



**UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPESQ & UFRGS**

Continuação do Parecer: 3.899.660

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada.

O TCLE foi adequado. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se em condições de aprovação, de acordo com os aspectos éticos (CNS Resolução 466/12).

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1505387.pdf	22/02/2020 02:53:56		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto2rsrAssinada.pdf	22/02/2020 02:53:20	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPUFRGS.pdf	22/02/2020 02:51:53	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProjetoJanilce20200222CEPTCLE.pdf	22/02/2020 02:50:44	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJanilce20200222CEP.pdf	22/02/2020 02:50:26	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

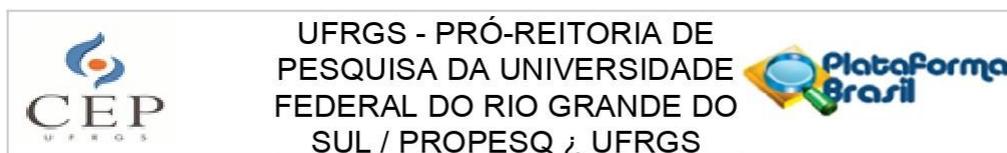
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.899.660

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada.

O TCLE foi adequado. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa encontra-se em condições de aprovação, de acordo com os aspectos éticos (CNS Resolução 466/12).

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1505387.pdf	22/02/2020 02:53:56		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto2rsrAssinada.pdf	22/02/2020 02:53:20	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPUFRGS.pdf	22/02/2020 02:51:53	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProjetoJanilce20200222CEPTCLE.pdf	22/02/2020 02:50:44	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJanilce20200222CEP.pdf	22/02/2020 02:50:26	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

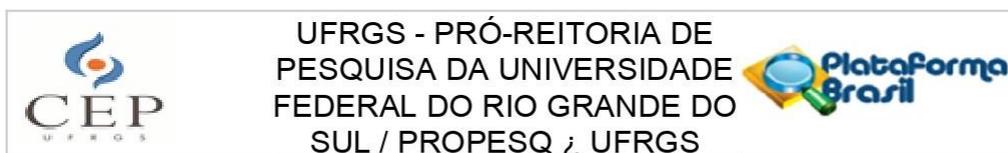
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



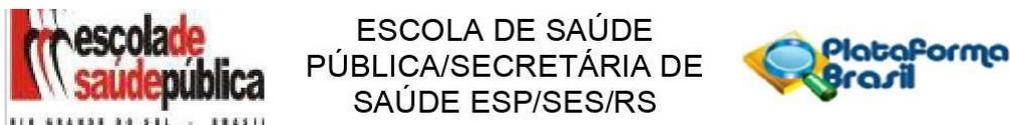
Continuação do Parecer: 3.899.660

PORTO ALEGRE, 05 de Março de 2020

Assinado por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - RS



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA/SECRETÁRIA DE
SAÚDE ESP/SES/RS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM AS COORDENAÇÕES REGIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA DO RS

Pesquisador: ROGER DOS SANTOS ROSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28739020.3.3001.5312

Instituição Proponente: Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.076.019

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a ser realizado por Janilce Dorneles de Quadros, sob a orientação de Roger dos Santos Rosa. Enviado em sua 2ª versão para parecer consubstanciado deste CEPS-ESP/RS.

Trata-se “de uma pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa” a ser realizada no Rio Grande do Sul, com representantes das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado.

O projeto está bem escrito e claro em seus propósitos.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apresentaram como objetivo geral da pesquisa “qualificar as Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para as ações de tuberculose na atenção primária à Saúde”. E como objetivos específicos: “a) Enumerar os desafios e potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica; b) Elaborar nota técnica com orientações sobre do papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose; c) Desenvolver oficina de capacitação com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose”.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311

Bairro: Partenon

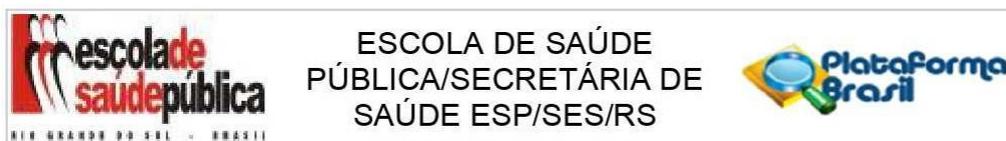
CEP: 90.610-001

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3901-1532

E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.076.019

Os objetivos estão claros e podem ser alcançados por meio dos procedimentos metodológicos descritos no projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos previstos são gradados pelos pesquisadores como mínimos, sendo eles: o tempo ocupado pelo entrevistado com o preenchimento do formulário eletrônico pode extrapolar os 20 min previstos; pode ocorrer “ameaça de ‘software malicioso’, associado ao link do formulário a ser disponibilizado para coleta de dados”; e pode haver “quebra de confidencialidade”. São apresentadas estratégias para minimizar os riscos apresentados: “será realizada análise do link, a fim de garantir a eliminação de potencial dano ao computador do participante”; apenas os pesquisadores acessarão os dados e “se comprometem em manter o sigilo das respostas, bem como a identificação dos participantes”; “os dados serão criptografados e somente poderão ser acessados mediante senha disponível exclusivamente ao pesquisador responsável e à mestrandia”.

Em segunda versão, após pendências, os autores redimensionaram os riscos, contemplando a quebra de confidencialidade.

Quanto aos benefícios, referem que a “a pesquisa poderá implicar em benefícios para a organização da Rede de Atenção à Saúde, voltadas às ações da tuberculose, a partir da qualificação da atenção primária”.

Os riscos e benefícios são apresentados de forma similar em todos os documentos do protocolo de pesquisa (Formulário de Informações Básicas da PB, TCLE, Projeto Detalhado).

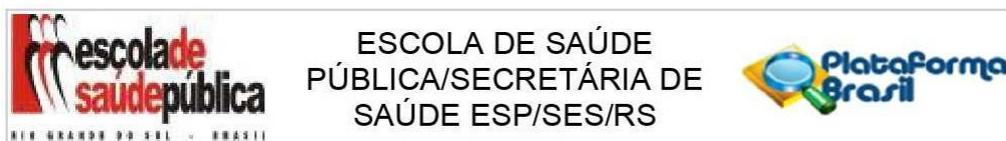
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratória descritiva com análise qualitativa, no qual os participantes serão Coordenadores(as) Regionais de Atenção Básica de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

O critério de inclusão é “estar atuando na coordenação regional da Atenção Básica há no mínimo um ano”. Logo, aqueles que não preencherem este critério, serão excluídos.

Os dados serão obtidos por meio de questionário autoaplicado, utilizando a ferramenta de formulário online Google Forms, enviado para os e-mails dos das Coordenações Regionais de

Endereço: Av. Ipiranga, 6311	CEP: 90.610-001
Bairro: Partenon	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532	E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.076.019

Atenção Básica das CRS.

O modelo de instrumento de coleta é apresentado no Apêndice A do projeto. Os participantes não terão identificação nominal (será utilizada sequência alfanumérica identificadora) e, em 2ª versão do projeto, os pesquisadores retiraram o campo de preenchimento da CRS de atuação. As demais questões referem-se às dificuldades e potencialidades encontradas acerca das ações realizadas pelos profissionais da AB/APS para o controle da tuberculose, às estratégias de qualificação para profissionais de saúde e das CRS e ao trabalho compartilhado entre Coordenações da AB/APS e da Vigilância da CRS pesquisada. Os pesquisadores preveem que cada participante irá despendar em torno de 20 minutos respondendo a pesquisa.

Os dados qualitativos serão compilados e categorizados a partir da análise de conteúdo (Minayo, 2008). Esta análise embasará a um "produto técnico com caráter educativo" ("Nota Técnica com orientações sobre o papel da Atenção Básica em relação ao controle da Tuberculose") e a organização de uma Oficina de Educação Permanente para as Coordenações Regionais de Atenção Básica. " Os dados serão utilizados apenas para esta pesquisa e deverão ser armazenados por cinco anos após a coleta, conforme também prevê a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012)".

O cronograma está previsto para ter início somente após aprovação ética de ambos CEPS (UFRGS e ESP/RS).

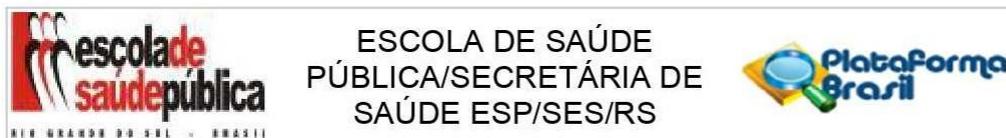
Quanto aos recursos financeiros, é informado que "todas as despesas operacionais envolvidas ou decorrentes correrão por conta e expensas do pesquisador principal (financiamento próprio) e, portanto, sem nenhum tipo de ônus para a instituição de pesquisa e/ou para os serviços do estado pesquisado".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) adequado, em segunda versão após pendências identificadas por este CEPS.

- Termo de anuência institucional (TAI) adequado. Após pendências, foi apresentado um novo TAI, assinado pela Diretora do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde, Ana Lúcia Costa.

Endereço: Av. Ipiranga, 6311	CEP: 90.610-001
Bairro: Partenon	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532	E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 4.076.019

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam todas as solicitações do CEP. O projeto está apto a ser realizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após 6 meses da data de aprovação deste projeto, o pesquisador responsável deverá apresentar relatório (parcial ou final) da pesquisa a este CEP, na forma de NOTIFICAÇÃO, via Plataforma Brasil. O Formulário para o Relatório de Pesquisa está disponível no site da ESP/Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1521180.pdf	26/05/2020 16:59:04		Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIAS_CEP_ESP.pdf	19/05/2020 15:20:03	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPUFRGS.pdf	22/02/2020 02:51:53	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ProjetoJanilce20200222CEPTCLE.pdf	22/02/2020 02:50:44	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJanilce20200222CEP.pdf	22/02/2020 02:50:26	ROGER DOS SANTOS ROSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 12 de Junho de 2020

Assinado por:
Gisela Unis
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3901-1532 E-mail: ceps-esp@saude.rs.gov.br

ANEXO D – RELATÓRIO AÇÃO DE EXTENSÃO UFRGS



Relatório Ação de Extensão

Nome: ROGER DOS SANTOS ROSA

Cartão UFRGS: 8681

Departamento/Unidade: Departamento de Medicina Social / Faculdade de Medicina
Categoria Funcional: PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

Título: [44551] - OFICINA PARA ELABORAÇÃO DE NOTA TÉCNICA SOBRE AÇÕES DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Tipo: EVENTO
Modalidade: OFICINA, AULA-ESPETÁCULO, CAPACITAÇÃO, ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS
Órgão gestão institucional: Departamento de Medicina Social
Área CNPq: Ciências da Saúde
Área Temática: SAÚDE
Linha de Extensão: Endemias e Epidemias
Linha Programática: --X--
Área Temática Secund.: SAÚDE
Linha de Extensão secund.: Saúde Humana
Linha Programática Secund.: --X--
Carga Horária Total: 6h
Página da Web: www.ufrgs.br/saudeurbana
Vinculado ao programa: [44243] - PROGRAMA DE EXTENSÃO E PESQUISA EM SAÚDE URBANA, AMBIENTE E DESIGUALDADES - 2021-2023 (APROVADA)
Projeto de pesquisa vinculado: Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: Educação Permanente em Saúde com as Coordenações Regionais de Atenção Básica do Rio Grande do Sul

Resumo

Oficina com representantes das Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul para a discussão/elaboração/validação de nota técnica sobre as ações de tuberculose Atenção Primária à Saúde.

Relacionamento com projetos de pesquisa e ensino

Atividade de pesquisa desenvolvida no âmbito da elaboração do trabalho de conclusão do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde/Faculdade de Medicina da aluna Janilce Dorneles de Quadros (cartão UFRGS 171274), enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do RS, que atua na Coordenação Estadual da Atenção Básica.

Descritores

Palavra-Chave 1:	Tuberculose
Palavra-Chave 2:	Atenção Primária à Saúde
Palavra-Chave 3:	Administração e Planejamento
Palavra-Chave 4:	Educação Permanente
Palavra-Chave 5:	Nota Técnica

Objetivo geral

Elaborar nota técnica com orientações sobre do papel da Atenção Básica em relação ao controle da tuberculose.

Objetivo específico

(i) Discussão sobre os desafios e as potencialidades relacionados à atenção à tuberculose na Atenção Primária em Saúde segundo as Coordenações Regionais de Atenção Básica; (ii) Capacitação com as Coordenações Regionais de Atenção Básica sobre tuberculose.

Público alvo

Representantes das Coordenações Regionais de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do RS.

O público-alvo atingido foi o previsto.

Relevância

Municípios com boas taxas de coberturas de estratégia de saúde da família e atenção básica não necessariamente conseguem impactar positivamente nos seus indicadores de saúde relacionados à tuberculose. Para tanto, além de boas coberturas, se faz necessário qualificar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento à população. A Universidade contribui para que o conhecimento produzido e para que as diretrizes das políticas de saúde alcancem de maneira mais efetiva os profissionais. No âmbito do Mestrado Profissional em Ensino na

Histórico da Ação

Código da Ação: 44551
Título: OFICINA PARA ELABORAÇÃO DE NOTA TÉCNICA SOBRE AÇÕES DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Coordenador(a): ROGER DOS SANTOS ROSA
Órgão Responsável: Departamento de Medicina Social

Data Entrada	Destino	Situação
01/02/2021	Departamento de Medicina Social	EM EDIÇÃO
01/02/2021	Comissão de Extensão em Medicina	APRECIÇÃO ver parecer
Parecerista: ILAINE SCHUCH Data: 11/02/2021		
Proposta aprovada		
11/02/2021	Faculdade de Medicina	HOM-DIRECAO ver observação
Revisado e aprovado		
12/02/2021	Pró-Reitoria de Extensão	CADASTRO
12/02/2021	Departamento de Medicina Social	EXECUÇÃO
04/05/2021	Comissão de Extensão em Medicina	RELAT-APREC ver parecer
Parecerista: ILAINE SCHUCH Data: 02/06/2021		
Aprovado		
02/06/2021	Faculdade de Medicina	HOM-DIR-REL ver observação
De acordo. O relatório expressa a adequação das atividades desenvolvidas, conforme plano de trabalho.		
07/06/2021	Pró-Reitoria de Extensão	REGISTRO