UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JAQUELINE GARCIA DE ALMEIDA BALLESTERO

Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de
Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica

Ribeirão Preto

2017

JAQUELINE GARCIA DE ALMEIDA BALLESTERO

Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de
Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2017

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

Ballesterio, Jaqueline Garcia de Almeida

Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica. Ribeirão Preto, 2017.

229 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

1. Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos. 2. Organização e Administração. 3. Ação Intersetorial. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Doença Crônica.

BALLESTERO, Jaqueline Garcia de Almeida

Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de
Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutora em
Ciências, Programa Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*“Eu acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera, enfrenta o leão
Eu vou à luta com essa juventude
Que não corre da raia a troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade e constrói
A manhã desejada”*

Gonzaguinha

Dedicatória

À minha doce **Luiza**, filha graciosa, e **Cecília**, meu pequeno pedaço de céu que cresce em meu ventre... Símbolos do amor por um homem maravilhoso que enriquece minha vida pessoal e profissional; representantes da continuidade de minha família que sempre esteve ao meu lado, sonhando e lutando minhas batalhas.

Agradecimentos Especiais

À família

Ao **Matheus**, meu companheiro pesquisador, meu parceiro na vida, por me
impulsionar a ser uma pessoa e profissional melhor a cada dia;
Aos meus pais, **Edna e Valdemar**, pelo exemplo de família que constituíram e pelos
valores que recebi;
Às minhas irmãs, **Nanci e Daiane**, melhores amigas de toda a vida.
Ao **Guilherme**, meu afilhado querido, pelo qual me inspiro a construir um mundo
melhor;
Ao **Iracan** irmão e parceiro.

Ao meu grande mestre

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, agradeço ter tido a honra de cruzar com uma
pessoa tão cativante quanto você. Depois de tantos anos de convivência consigo perceber em
minhas atitudes e pensamentos a influência de seus princípios, de seus ensinamentos, me pego
até buscando atingir o mesmo tom de voz. Obrigada por engrandecer minha formação
profissional, ser exemplo de orientador, docente, gestor, cidadão e ser humano.

Agradecimentos

Aos professores

À **Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzáles** por ser uma mulher inspiradora em todos os aspectos, como professora, pesquisadora, amiga e mãe;

À **Profª Drª Margareth Pretti Dalcomo**, ícone nacional na luta contra a tuberculose, por ter me dado a honra de enriquecer esse trabalho;

À **Profª Drª Eliane Matos**, exemplo de profissional e pessoa comprometida com a construção de uma realidade melhor;

Ao **Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela**, pela clareza de ideias e contribuições com meus estudos no mestrado e doutorado, sempre de maneira direta e amigável;

Ao **Prof. Javier Vargas**, meu amigo, pela acolhida em solo peruano e possibilidade de desenvolvimento de atividades no INS e Minsa, bem como das excelentes aulas de espanhol durante o almoço;

Ao **Prof. Kevin Schwartzman** e à **Drª Olívia Oxlade** pela confiança e oportunidade na McGill e no *Chest Institute*;

A **Profª Drª Tereza Villa**, **Prof. Dr Ricardo Arcêncio**, **Profª Drª Simone Protti** e **Profª Drª Aline Monroe** pelas contribuições junto ao grupo de pesquisa e pelo exemplo de pesquisadores que são;

Ao **Prof. Dr. Antônio Ruffino Netto** pelo carinho com que sensibiliza a todos à sua volta.

Aos companheiros

À **Carol Scarpel**, parceira incrível que faz muita falta agora que mora fora do país;

À **Amélia Sicsú**, exemplo de comprometimento e dedicação;

À **Noriza Veiga**, amiga de todas as horas, de muitos anos, para todos os assuntos e situações;

A **Laís Silva, Luciana Oliveira, Mônica et al., Fernando Mitano, Catiucia Surniche, Rogério Meireles, Tatiana Alecrim, Paulo Rossi, Glauber Palha** pela amizade e
companheirismo;

A **Rafaella Grecco, Juliana Garcia, Priscilla Sampaio e Viviane Paulo** pela oportunidade
de contribuir com sua formação e amizade construída nesse processo;

A **Danira e Katia** amigas peruanas que abriram as portas de sua casa em Lima para me
acolherem tão bem;

A **Riany, Débora, Ricardo, Alexandre e Júlia** pela amizade que aqueceu meu coração,
mesmo a – 30° C;

A **Ana, Priscilla e Xícra** pelas fugas, momentos de descontração, compartilhamento de
problemas e alegrias, intersecção de famílias;

À **Elô** pelo abrigo em São Paulo e o exemplo de coragem;

À **Simone** pela inspiração enquanto enfermeira;

À **Dani**, pela consultoria na vida e no inglês, além de facilitar o árduo trabalho de ser mãe;

A **Creusa, Ângela, Adriana, Ana Tucci, Cibele, Heloísa, Mari, Rodrigo, Amanda, Natália, Patrícia**, pela parceira na Uniara e com as quais eu aprendo diariamente a lecionar.
Em especial, agradeço à **Érika** pela disponibilidade em me substituir nesse semestre.

Aos colaboradores

À **Enfª Daniela Wilhelm**, por sua solidariedade e auxílio na coleta de dados desse trabalho;

À **Enfª Glauce** por fazer o “trabalho chato”, cobrar pessoas e se revelar uma parceira tão especial mesmo me conhecendo pouco e estando há muitos quilômetros de distância;

Aos **Profissionais dos Centros de Referência** que abriram as portas de suas unidades de trabalho, me permitiram contato com suas realidades, fragilidades e potencialidades de forma respeitosa e acolhedora. Além de contribuir com seus conhecimentos para a construção desta tese;

Aos **funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, em especial à **Shirley Figueiredo** pelo auxílio em todas as fases de minha formação enquanto pesquisadora, principalmente nos assuntos burocráticos, e **Vinicius Nori** pela parceria no Comitê de Ética em Pesquisa.

Obrigada...

RESUMO

BALLESTERO, J. G. A. **Atenção a Tuberculose Multirresistente no Brasil: aportes à organização das Redes de Atenção à Saúde e a Gestão da Clínica**. 2017. 229 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Tuberculose multirresistente é uma condição de saúde grave, cuja a assistência envolve diferentes pontos de atenção: Centro de Referência e Atenção Primária à Saúde, exigindo a organização resolutiva do Sistema de Saúde, de maneira articulada, coordenada e visando uma atenção integral. Este estudo teve por objetivo analisar a organização da assistência à tuberculose multirresistente, construir e validar uma ferramenta para Gestão da Clínica. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida em duas etapas. A primeira foi descritiva exploratória, com coleta de dados realizada entre junho e novembro de 2015, por meio de observação não participante nos Centros de Referência de cinco Estados brasileiros (quatro regiões), com duração aproximada de três dias em cada Centro. Os aspectos observados foram organização, fluxo de doentes, estrutura física, recursos humanos e sistemas laboratorial e de informação e registros, guiados por um roteiro dirigido construído pelos pesquisadores. Utilizou-se os fundamentos teóricos e elementos constitutivos da Rede de Atenção para analisar os dados. Na segunda fase foi desenvolvido um estudo metodológico, entre com construção de uma “Caderneta de Controle do Tratamento”, como bases nos esforços e necessidades dos Centros visitados. O material foi validado junto a doze especialistas (profissionais de nível superior que atuavam há três anos ou mais na pesquisa ou assistência à doença), por meio da Técnica Delphi, entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017. Os resultados descritivos apontaram para aproximações importantes quanto à organização segundo a economia de escala, concentração de recursos físicos e humanos nas referências, com atendimento qualificado à elevada demanda. Observou-se dificuldades para acesso dos usuários, enfrentadas pelas equipes com mecanismos que o facilitam geográfica e financeiramente. Não foi percebida a integração vertical/horizontal de serviços. Foram notadas redefinições das competências clínicas de diferentes categorias profissionais. Quanto à estrutura operacional, o centro comunicador foi o serviço especializado, há dificuldade de interação entre os pontos assistenciais, marcado pela ausência de prontuários clínicos informatizados. O sistema de apoio apresentou-se em processo de estruturação, com destaque ao SITETB, porém há dificuldades quanto à regulação de fluxos de pessoas. Nessa perspectiva a Caderneta validada tem por objetivo proporcionar maior integração entre os profissionais envolvidos na assistência. Foi composta por três grandes blocos: *dados gerais*: identificação (dados demográficos, informações sobre os serviços de saúde e aspectos clínicos) e registro do agendamento das consultas; *informações aos doentes e familiares*: sobre a doença, tratamento e medidas de precaução domiciliar e comunitária; e *informações aos profissionais de saúde*: sobre a doença, o tratamento diretamente observado, acompanhamento do tratamento, avaliação dos contatos e registros referentes ao manejo do caso. Os juízes sugeriram mudanças quanto à linguagem usada na Caderneta, sendo que ao final da segunda rodada todas as modificações foram aprovadas por 80% ou mais participantes. Foi possível presenciar avanços na organização da assistência à TBMR nos centros estudados. Contudo, há indícios de que a comunicação entre os diferentes pontos de atenção envolvidos não ocorre de maneira efetiva, comprometendo avanços na concretização do cuidado em rede e no controle da doença.

Palavras-chave: Tuberculose Resistente a Múltiplos Medicamentos. Organização e Administração. Ação Intersetorial. Doença Crônica. Estudos de Validação.

ABSTRACT

BALLESTERO, J. G. A. **Attention to Multidrug-Resistant Tuberculosis in Brazil:** contributions to the organization of Health Care Networks and Clinic Management. 2017. 229 f. Thesis (Doctorate) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Multidrug-resistant tuberculosis is a serious health condition, which care involves different points of attention: Reference Center and Primary Health Care, demanding the resolute organization of the Health System, in an articulated, coordinated manner and aiming an integral care. This study aimed to analyze the organization of care for multidrug-resistant tuberculosis, and to build and validate a tool for Clinical Management. It is a research developed in two stages. The first one was a descriptive exploratory one, with data collected between June and November 2015, through non-participant observation in the Reference Centers of five Brazilian states (four regions), within approximately three days in each Center. It was observed the organization, patient flow, physical structure, human resources and laboratory and information systems and records, guided by a directed script built by the researchers. We used the theoretical foundations and constituent elements of the Attention Network to analyze the data. During the second phase a methodological study was developed, including the production of a "Handbook of Treatment Control", based in the efforts and needs of the Centers visited. The material was validated by twelve specialists (professionals of higher education who have worked for three years or more in the research or in the assistance to the disease), through the Delphi Technique, between October 2016 and February 2017. The descriptive results pointed to important approximations in terms of organization according to the economy scale, concentration of physical and human resources in the references, with qualified service to the high demand. It was observed difficulties for the access of the users, faced by the teams with mechanisms that facilitate it geographically and financially. Vertical / horizontal integration of services was not noted. There were redefinitions of the clinical competences of different professional categories. As for the operational structure, the communicating center was the specialized service; there is difficulty of interaction between the assistance points, marked by the absence of computerized medical records. The support system was in the process of structuring, with emphasis on SITETB, but there are difficulties in regulating the people flows. In this perspective, the validated Handbook aims to provide better integration among the professionals involved in the assistance. It was composed by three large blocks: i) *general data*: identification (demographic data, information on health services and clinical aspects) and registration of the appointment scheduling; ii) *information to patients and their families*: on the disease, treatment and home and community precautions; and iii) *information to health professionals*: about the disease, directly observed treatment, treatment follow-up, contact evaluation and records regarding case management. The judges suggested changes in the language used in the Handbook, and at the end of the second round all modifications were approved by 80% or more participants. It was possible to witness advances in the organization of TBMR care in the studied centers. However, there are indications that communication between the different points of attention involved does not occur in an effective way, compromising advances in the implementation of the network care and the disease control.

Key-words: Tuberculosis, Multidrug-Resistant. Organization and Administration. Intersectoral Action. Comprehensive Health Care. Chronic Disease.

RESUMEN

BALLESTERO, J. G. A. **Atención a la Tuberculosis multirresistente en el Brasil: aportes a la organización de las Redes de Atención a la Salud y a la Gestión Clínica.** 2017. 229 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Tuberculosis multirresistente es una condición de salud grave, cuya asistencia involucra diferentes putos de atención: Centro de Referencia y Atención Primaria a la Salud, exigiendo la organización resolutoria del Sistema de Salud, de manera articulada, coordinada y visando una atención integral. Este estudio tuvo por objetivo analizar la organización de la asistencia a la tuberculosis multirresistente, construir y validar una herramienta para la Gestión de la Clínica. Se trata de una pesquisa desarrollada en dos partes. La primera fue descriptiva exploratoria, con colecta de datos realizada entre junio y noviembre de 2015, a través de observación no participante en los Centros de Referencia de cinco Estados brasileños (cuatro regiones), con duración aproximada de tres días en casa Centro. Los aspectos observados fueron organización, flujo de pacientes, estructura física, recursos humanos y sistema de laboratorio, de informaciones y registros, orientados por un guion construido por los investigadores. Se utilizaron los fundamentos teóricos y elementos constitutivos de la Red de Atención para analizar los datos. En la segunda fase fue desarrollado un estudio metodológico en la que fue construida una “Cartilla de Control del Tratamiento” con base en los esfuerzos y necesidades de los Centros visitados. El material fue validado junto a doce expertos (profesionales de nivel superior que actuaban desde hace tres años o más en investigación o asistencia a la enfermedad), a través de la Técnica Delphi, entre octubre de 2016 y febrero de 2017. Los resultados descriptivos apuntaron para acercamientos importantes cuanto a la organización según la economía de escala, concentración de recursos físicos y humanos en las referencias, con atendimento cualificado a la alta demanda. Se observaron dificultades para el acceso de los usuarios, enfrentadas por los equipos con mecanismos que lo facilitan geográfica y financieramente. No se percibió la integración vertical/horizontal de servicios. Se notaron redefiniciones de las competencias clínicas de diferentes categorías profesionales. En relación a la estructura operacional: el centro comunicador fue el servicio especializado, hay dificultades en la interacción entre los puntos asistenciales, marcado por la ausencia de prontuarios clínicos informatizados. El sistema de apoyo se presentó en proceso de estructuración, con posición de destaque al SITETB, además hay dificultades cuanto a la regularización del flujo de personas. En esta perspectiva la Cartilla validada tiene por objetivo proporcionar mayor integración entre los profesionales involucrados en la asistencia. Fue compuesta por tres grandes grupos: *datos generales*: identificación (datos demográficos, informaciones sobre los servicios de salud y aspectos clínicos) y registro de la programación de citas; *informaciones a los enfermos y familiares*: sobre la enfermedad, tratamiento y medidas de precaución domiciliar y comunitaria; e informaciones a los profesionales de salud: sobre la enfermedad, el tratamiento directamente observado, control de tratamiento, evaluación de los contactos y registros referentes a la gestión del caso. Los jueces sugirieron cambios cuanto al lenguaje usado en la Cartilla, así que, al fin de la segunda etapa todas las modificaciones fueron aprobadas con 80% o más participantes. Fue posible observar los avances en la organización de la asistencia a la TBMR en los centros investigados. Sin embargo, hay indicios de que la comunicación entre los diferentes puntos de atención involucrados no ocurre de forma efectiva, comprometiendo avances en la concretización del cuidado en la red y en el control de la enfermedad.

Palabras-clave: Tuberculosis Resistente a Múltiples Medicamentos. Organización y Administración. Acción Intersectorial. Atención Integral de Salud. Enfermedad Crónica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estimativa de casos incidentes de TBMR/RR, em 2015.	29
Figura 2. O declínio almejado nas taxas de incidência global de TB até 2035.....	36
Figura 3. Fluxograma detalhando a metodologia empregada na revisão integrativa.	48
Figura 4. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	67
Figura 5. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	69
Figura 6. As tecnologias de gestão da clínica.....	70
Figura 7. Dispersão dos Centros de Referência para o tratamento da TBMR no Brasil, segundo dados do Programa Nacional de Tuberculose. 2017.	117
Figura 8. Matriz da estrutura operacional da RAS para atenção à tuberculose, 2017.....	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos Centros de Referência de acordo com sua representatividade estadual e resultados dos tratamentos para TBMR iniciados, segundo: índice de sucesso, abandono, falência e óbito. 2013 – 2015.....	93
Tabela 2. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de identificação de doentes, profissionais e unidades de saúde na Caderneta de Controle do Tratamento.....	132
Tabela 3. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de dados clínicos, registro de agendamento de consultas e avaliação dos contatos na Caderneta de Controle do Tratamento.	133
Tabela 4. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de resultados dos exames, acompanhamento do peso e planilha mensal de controle do TDO na Caderneta de Controle do Tratamento.....	134
Tabela 5. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de temas presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.	135
Tabela 6. Consenso dos juízes quanto à qualidade da redação da Caderneta de Controle do Tratamento.....	137
Tabela 7. Consenso dos juízes quanto os itens presentes no guideline da Organização Mundial da Saúde e que não estiveram presentes na Caderneta de Controle do Tratamento.....	141
Tabela 8. Consenso dos juízes quanto às alterações realizadas na Caderneta de Controle do Tratamento, segundo os temas abordados.	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Esquemas preconizados segundo situação de tratamento do doente e unidades de atendimento.	42
Quadro 2. Características do Centro de Referência para tuberculose multirresistente comparado ao modelo de Centro de Especialidades Médicas e Pontos de Atenção Especializada de um Rede de Atenção à Saúde.	123

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BK	Bacilo de Koch
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Center for Diseases Control</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CR	Centro de Referência
CRPHF	Centro de Referência Professor Hélio Fraga
DOTS	<i>Directly Observed Treatment, Short Course</i>
<i>DOTS-plus</i>	<i>Directly Observed Treatment, Short Course - plus</i>
DRS	Departamento Regional de Saúde
E-1	Esquema 1
E-1R	Esquema 1 reforçado
E-2	Esquema 2
E-3	Esquema 3
EMR	<i>Eletronic Medical Record</i>
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GAL	Gerenciador de Ambiente Ambulatorial
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
GEQualiS	Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde
GLC	<i>Green Light Committee</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MNT	Micobacteriose Não Tuberculosa
MR	Multirresistente
MS	Ministério de Saúde

MSH	<i>Management Sciences of Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCR	Reação em Cadeia de Polimerase
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
PG	Pós Graduação
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RRAS	Rede Regional de Assistência à Saúde
RTR-TB	Rede de Teste Rápido para Tuberculose
RX	Radiografia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Droga Resistente
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TBMR/RR	Tuberculose Multirresistente ou rifampicina resistente
TBRR	Tuberculose Resistente à Rifampicina
TBXDR	<i>Tuberculosis extensively drug-resistant</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRC	<i>Tuberculosis Research Center</i>
TRM	Teste Rápido Molecular
TSA	Testes de Sensibilidade aos Antimicrobianos
UST	Unidade de Saúde de Tratamento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 Tuberculose Multirresistente: delimitação do problema	27
1.2 Controle da Tuberculose Multirresistente no mundo: da identificação do problema às medidas preconizadas	31
1.3 Histórico do controle da tuberculose multirresistente no Brasil.....	37
2 REVISÃO DA LITERATURA	47
2.1 Método de Revisão	47
2.2 Resultados da Revisão	49
2.2.1 Estratégia DOTS-plus.....	49
2.2.2 Estratégia de descentralização do serviço	52
2.2.3 Estratégia de uso de ferramentas de comunicação	56
2.2.4 Estratégias de proteção social aos doentes	58
2.3 Conclusão da Revisão	60
3 REFERENCIAL TEÓRICO	63
3.1 As Redes de Atenção à Saúde.....	63
3.2 Gestão da Clínica	69
4 JUSTIFICATIVA	75
5 OBJETIVOS	77
5.1 Objetivo Geral.....	77
5.2 Objetivos Específicos	77
6 MATERIAIS E MÉTODOS	78
6.1 Modelo de estudo.....	79
6.2 A Atenção à tuberculose multirresistente no Brasil: análise por meio de observação não participante.....	79
6.3 Construção da ferramenta de Gestão da Clínica: “Caderneta de Controle do Tratamento”	80
6.4 Validação do material produzido	84
6.4.1 Técnica Delphi: aspectos conceituais e operacionais	84
6.4.2 Seleção e contato dos participantes para composição do painel	86
6.4.3 Procedimentos de coleta de dados	87
6.4.4 Procedimentos de análise.....	90
6.5 Aspectos Éticos	90
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	91

7.1 Atenção à TBMR no contexto da RAS.....	92
7.1.1 Fundamentos da RAS na assistência à TBMR	92
7.1.2 Aproximações com os Elementos Constitutivos da RAS na assistência à TBMR	119
7.2 Validação da Caderneta de Controle do Tratamento	129
7.2.1 Caracterização dos juízes.....	130
7.2.2 Processo de validação: consenso na primeira rodada de opiniões.....	131
7.2.3 Processo de validação: consenso na segunda rodada de opiniões	141
8 CONCLUSÕES.....	146
REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	169
ANEXO 1 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	170
ANEXO 2 – UNIDADES DE TRATAMENTO DE TBMR IDENTIFICADAS PELO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS EM TB.....	171
ANEXO 3 – RELATÓRIO DE PEDIDO E RESPOSTA OBTIDA VIA e-SIC.....	174
APÊNDICES	176
APÊNDICE A - DESCRITORES UTILIZADOS NA BUSCA	177
APÊNDICE B – ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO DE LITERATURA SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, REVISTA, LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E ANO DE PUBLICAÇÃO	179
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA AOS CENTROS DE REFERÊNCIA	181
APÊNDICE D – PRIMEIRA VERSÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO	183
APÊNDICE E – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS JUNTO AOS ESPECIALISTAS NA PRIMEIRA RODADA DO ESTUDO DELPHI	198
APÊNDICE F – CARTA CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO.....	202
APÊNDICE G – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES	204
APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	205
APÊNDICE I – SEGUNDA VERSÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO	207
APÊNDICE J – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS JUNTO AOS ESPECIALISTAS NA SEGUNDA RODADA	222
APÊNDICE K – RESULTADOS PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO	225

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática da tuberculose foi despertado durante a graduação em Enfermagem na presente instituição, com o desenvolvimento de projeto de iniciação científica *“Educação em saúde no controle da tuberculose: um olhar sobre a equipe”*, financiada pelo Programa de Educação Tutorial (PET-SeSu/MEC). Já nesse momento, fui orientada pelo Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha.

A partir daí, estive presente no Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB), frequentando as reuniões, auxiliando na coleta de dados de trabalhos multicêntricos e desenvolvendo trabalhos vinculados.

A parceria com o Prof. Dr. Pedro Palha manteve-se na Pós-Graduação; já enfermeira, interessei-me por um aspecto específico do tratamento da tuberculose – a resistência às drogas e a organização da assistência à saúde para seu controle.

A complexa situação dos doentes que desenvolviam resistência foi percebida por meio de meu projeto de mestrado, *“Condições de produção da tuberculose multirresistente: percepções do doente”*. Este trabalho possibilitou a aproximação de nosso grupo de pesquisa a esse novo universo de estudo e com os profissionais e pesquisadores nele inseridos. Além disso, culminou com a publicação do artigo *“Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva”*, no volume 18, número 3, da Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Tendo em vista as necessidades de avanços relacionadas à temática da resistência, iniciei os estudos no doutorado. Tive a oportunidade de auxiliar o Prof. Pedro Fredemir Palha na orientação de alunos de Iniciação Científica. Primeiramente, participei na co-orientação da graduanda Rafaella Grecco, com o projeto *“Sentidos da hospitalização de longa duração para os doentes de Tuberculose Multirresistente: uma análise discursiva”*, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e desenvolvido de 2013 a 2014. Este estudo teve objetivo analisar a produção de sentidos dos doentes de TBMR em processo de hospitalização de longa duração em um hospital especializado. O artigo resultante de seu desenvolvimento está em construção. Contudo, foi apresentado na forma de resumo nos eventos SLAMTB, em Canela-RS, 2014, e SIICUSP, 2014.

Inseridos no cenário do hospital especializado, realizei, juntamente com meu orientador, a orientação da aluna Juliana Masini Garcia com o projeto *“Aplicação da Escala de Medida de Ansiedade e Depressão (HAD) em doentes de tuberculose do Hospital Nestor Goulart Reis”*, cujo objetivo foi identificar e analisar a ocorrência de ansiedade e depressão entre os doentes

de tuberculose internados. Este projeto, financiado pelo PIBIC, teve resumo apresentado no SIICUSP de 2016, e recebeu menção honrosa em suas duas fases – local e internacional.

No que se refere particularmente ao desenvolvimento desta tese, pude aliar minha experiência enquanto enfermeira assistencial e o desenvolvimento de disciplinas no doutorado, com atenção especial ao estudo de modelos de atenção à saúde, organização dos serviços e sistemas de saúde e gestão dos casos, bem como sua intersecção com a assistência à tuberculose multirresistente.

Em busca de melhor definição do objeto de estudo – a organização dos serviços e sistemas de saúde para atenção às formas resistentes de tuberculose, e buscar maneiras de enfrentamento dessa condição de saúde, realizei aproximações a dois cenários internacionais: Peru e Canadá.

No Peru, local com alta carga de tuberculose e tuberculose multirresistente, realizei uma visita técnica com duração de um mês, em 2014. Durante o período, fui recebida pelo Dr. Javier Vargas, na ocasião profissional vinculado ao “*Instituto Nacional de Salud*”, e conduzi minhas atividades de forma a avaliar a aplicação do sistema de informação em saúde NETLAB (envolvido na comunicação entre a rede de laboratórios peruanos e os serviços de saúde que atendem diretamente aos doentes). Pude me aproximar da estrutura de um município que tem o DOTS-*plus* implantado, ter contato com os relatórios do *Green Ligth Comitee* e também com um importante parceiro no enfrentamento desta condição de saúde – a Organização *Socios en Salud* - que desenvolve importante trabalho social, clínico e de pesquisa em Lima. Foi uma oportunidade de grande aprendizado, desenvolvimento de parcerias e conhecimento de diferentes estratégias relacionadas à organização dos serviços.

Ainda em busca de constituir embasamento para estruturar recomendações para o enfrentamento da TBMR no Brasil, realizei estágio doutorado sanduíche no “*Montreal International Tuberculosis Center*”, da McGill University, em Montreal, Canadá, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) via Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE). Sob supervisão do Prof. Dr. Kevin Schwartzman desenvolvi atividades de pesquisa, auxiliando em revisão sistemática conduzida por aquele grupo sobre a incidência de tuberculose em populações aborígenes, bem como atividades relacionadas à assistência, aproximando-me principalmente dos enfermeiros do *TB Clinical* daquela instituição. A forma pela qual o enfermeiro canadense realiza a Gestão dos Casos de TB sob sua supervisão no Centro de Referência visitado norteou essa tese, assim como os materiais que utilizam para fornecer informações aos doentes e profissionais de outros níveis assistenciais.

Em 2015, já de volta ao Brasil, decidimos reconhecer junto aos Centros de Referência nacionais como o cuidado ocorre efetivamente no território brasileiro. Frente a impossibilidade de percorrer todos os Estados, foram eleitos 5 Centros, sendo um deles a Referência Nacional. Foi uma experiência enriquecedora, em que conheci pessoalmente notórios nomes da TBMR, os quais somente apreciava dos artigos científicos e palestras assistidas em congressos, além dos incríveis profissionais que compõem a equipe que assiste a essa condição de saúde tão complexa, como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, técnicos em enfermagem, recepcionistas e agentes administrativos.

Assim, busquei dentre as principais motivações para o desenvolvimento deste projeto a possibilidade de contribuir com a organização da assistência à doença no cenário brasileiro, pois foram presenciadas dificuldades quanto ao acesso físico, social e econômico dos doentes; fragilidades quanto à comunicação entre os níveis assistenciais, em busca de garantia do tratamento e maior adesão; necessidade de respaldar os doentes para maior envolvimento em seu processo de recuperação. E, desta maneira, fornecer subsídios para a Gestão dos Casos e melhoria das “condições de produção” do tratamento.

Por fim, gostaria de ressaltar que este trabalho foi construído a muitas mãos e corações, vislumbrando melhores condições de vida e saúde a uma população que tanto padece.

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tuberculose Multirresistente: delimitação do problema

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK). Afeta principalmente os pulmões, sendo transmitida por via aérea de uma pessoa bacilífera para outra (CAMBAU; DRANCOURT, 2014). Atualmente, ainda permanece como um grande desafio para a saúde, responsável pelo adoecimento de milhões de pessoas a cada ano e causando 1,4 milhões de mortes, no ano de 2015, em todo o mundo (WHO, 2016a). Apesar do esquema medicamentoso preconizado estar relacionado à grande maioria de cura entre os casos novos, a ocorrência da resistência às drogas anti-tuberculosas agrava esse desafio (WALLIS et al., 2016).

São consideradas várias formas de resistência às drogas de primeira linha para tratamento da TB – a esse grupo se denomina TBDR: tuberculose droga resistente. São compreendidas várias formas de TBDR; quando há ocorrência de resistência a uma droga do esquema ocorre a *Monorresistência*, quando essa ocorre a mais de um fármaco é *Polirresistência*. Contudo, as formas mais graves são a Tuberculose Multirresistente (TBMR) - resistência conjunta aos dois principais fármacos do tratamento: rifampicina e isoniazida; e a Tuberculose Extensivamente Resistente (TBXDR), caracterizada pela resistência à rifampicina e isoniazida, acrescida a uma fluoroquinolona e a pelo menos mais um injetável de segunda linha (amicacina, canamicina ou capreomicina). Para todos os casos há necessidade de cultura de escarro e confirmação da resistência por meio de Testes de Sensibilidade aos Antimicrobianos (TSA) (BRASIL, 2011a).

Os princípios básicos do tratamento consistem na associação medicamentosa adequada, em doses corretas e por tempo suficiente (CAMINERO, 2013). Nessa perspectiva, a resistência também pode ser classificada de acordo com a exposição prévia à terapia específica. Assim, este fenômeno pode se dar de maneira *natural* – quando ocorre durante o processo de multiplicação micobacteriano; ou nas formas de *resistência primária* – quando ocorre o indivíduo é infectado por bacilos já resistentes; e *secundária* ou *adquirida* – quando a resistência se desenvolve devido a repetidos ciclos de crescimento e morte bacilar resultante da exposição aos medicamentos específicos para TB por mais de 30 dias. Geralmente, a resistência adquirida é resultante de uma falha em um ou mais princípios do tratamento, sendo as causas mais comuns a prescrição inadequada de esquemas e a descontinuidade do tratamento, por má

adesão ou suprimento inadequado dos fármacos, principalmente (BRASIL, 2011a; DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007; DALCOLMO, 2012).

As informações ainda são imprecisas e difíceis sobre a incidência global da TB resistentes aos fármacos, uma vez que os exames necessários para a confirmação da resistência e estabelecimento de seu padrão não são realizados rotineiramente em contextos de recursos limitados, onde a doença ocorre com mais frequência (SCHLUGER, 2014). Segundo Melo e colaboradores (2003), o desenvolvimento da TBMR reflete a evolução, o momento epidemiológico e a qualidade do controle da doença empreendidos nos diferentes cenários, visto o papel dos tratamentos malconduzidos em seu desenvolvimento (MELO et al., 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica que 127 países apresentam casos notificados de resistência em 2013. A partir de 2016, foi inserida junto aos relatórios da Organização a definição de TB resistente à rifampicina (TBRR), visto a incorporação de teste rápido que detecta a resistência a essa droga em vários cenários. Assim, estima-se que cerca de 3,9% dos casos novos e 25% daqueles já tratados apresentem TBMR ou rifampicina resistente (TBMR/RR), o que culmina com uma incidência aproximada de 580.000 casos de TBMR/RR e que levaram cerca de 250 mil pessoas à óbito em todo o mundo. Acresce-se à essa problemática os casos de TBXDR, formas ainda mais graves de multirresistência (WHO, 2016a).

A TBMR ocorre em todo o mundo; porém, estima-se que a China, Índia, Rússia e os países da ex-União Soviética possuam o maior número de casos de TBMR (WHO, 2016a; ZIGNOL et al., 2012). Assim como acontece com a TB sensível aos medicamentos de primeira linha, as formas multirresistentes (MR) estão concentradas em alguns locais: 30 países concentram 95% dos casos mundiais, dentre eles está o Brasil (FALZON et al., 2015). A figura 1 ilustra a distribuição dos casos incidentes entre os principais países que concentram a doença.

Figura 1. Estimativa de casos incidentes de TBMR/RR, em 2015

Fonte: WHO (2016a)

O perfil epidemiológico da TB no cenário brasileiro leva a OMS a considerar o país como de alto risco para disseminação da TBMR/RR (WHO, 2016a) e, nos últimos anos, observa-se uma expansão dos casos. Entre os anos de 2000 a 2006, a média de casos diagnosticados, anualmente, era de 330 (Brasil, 2007a) que aumentou para 611 em 2010 e 648 para 2015 (BRASIL, 2014a; WHO, 2016a). Nota-se, nesse período, iniciativas de melhora na identificação dos casos de TBMR, a partir das recomendações para a realização de cultura e TSA em todos os casos de retratamento e, mais recentemente, pela incorporação de uma nova tecnologia de teste rápido, que fornece informações sobre a resistência à rifampicina (DALCOLMO, 2012; BRASIL, 2015).

Em estudo realizado por Falzon e colaboradores (2013), utilizando os dados notificados à OMS em 2011, foi possível ter ideia da magnitude do problema, tanto no Brasil quanto em todo o mundo. Os pesquisadores realizaram um cálculo para proporção de TBMR estimada, considerando a proporção de casos notificados dividido pelos casos de TB notificados e multiplicando esse valor pelo número de casos de TB nos diferentes cenários, naquele mesmo ano. Trabalhou-se com a lista dos 30 países com número estimado de 1.000 casos ou mais.

Os autores identificaram que, no período de 2009 a 2012, a taxa de detecção da TBMR nesses países aumentou em 32%, enquanto a taxa estimada cresceu em 93%. Logo, na maioria desses cenários os índices ainda estão aquém do número de casos esperados. Para o Brasil,

estima-se que dos 1.100 casos esperados, a detecção alcance pouco mais de 50%, sendo uma característica de destaque negativa a ocorrência de falência ao tratamento, que chega a 16% dos casos tratados, próximo à China e alguns países do leste europeu (FALZON et al., 2013).

Com base nos dados reportados à OMS em 2015, percebe-se que esse cenário não mudou muito. Para o Brasil, estima-se um total de TBMR/RR aproximado de 1.900 pessoas acometidas (de 1.600 a 2.300) entre os casos confirmados de TB, sendo confirmados laboratorialmente 1.211 e, destes, 648 iniciaram o tratamento específico (TBMR/RR: 619; TBXDR: 29) (WHO, 2016a). Todavia, é possível perceber uma grande quantidade de pessoas sem o diagnóstico adequado e um outro contingente que, mesmo diagnosticado, não realiza tratamento específico.

As consequências da ocorrência da TBMR são desastrosas, e estão relacionadas a percentuais de sucesso do tratamento (cura somada à finalização do esquema terapêutico) bem menores, em torno de 52% (WHO, 2016a), e em revisão sistemática com meta-análise esteve próxima a 62% (ORENSTEIN et al., 2009). Além disso, está associada a maiores taxas de mortalidade, em especial em crianças e pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) (KRITSKI, 2010). Em 2013, 17% dos doentes foram à óbito, 15% perderam o seguimento, 9% apresentaram falência e em 7% dos casos não foram encontradas informações (WHO, 2016a).

Os medicamentos de segunda linha são menos eficazes e mais tóxicos que os de primeira linha, podendo produzir uma série de efeitos adversos graves e potencialmente fatais (BRASIL, 2011a; SHARMA; MOHAN, 2006; ARBEX et al., 2010). Além disso, a TBMR está associada à elevada taxa de mortalidade; torna o tratamento extremamente limitado, mais longo (mínimo de 18 meses); em algumas situações requer a necessidade de intervenção cirúrgica, e possui ainda um custo orçamentário do sistema de saúde, no âmbito hospitalar (RAJBHANDARY; MARKS; BOCK, 2004; RESCH et al., 2006; CONDE et al., 2009; KRITSKI, 2010; WHO, 2010a).

Em revisão sistemática com meta-análise, incluídos 33 artigos de 20 países diferentes e 8.506 doentes, compararam-se os resultados do tratamento individualizado com os do tratamento padronizado para determinar a eficácia dos mesmos. Ainda com várias limitações, visto a grande diversidade metodológica dos estudos analisados, os pesquisadores identificaram que, em programas com tratamento de 18 meses e realização de Tratamento Diretamente Observado (TDO), o percentual de sucesso (cura e finalização do tratamento) era de 69%, enquanto quando os programas apresentavam apenas uma dessas características, o sucesso era de 58% (ORENSTEIN et al., 2009).

Já em outra revisão, agora dos programas de controle da doença em três diferentes cenários (Rússia, Peru e Reino do Lesoto – África), os autores identificaram alguns temas essenciais para a implantação de estratégias no controle da TBMR: importância de avaliações iniciais; identificação precoce de colaboradores-chave; estabelecimento do locus de cuidado; redução dos custos ao doente; intervenções-alvo para populações vulneráveis; importância da assistência técnica e financiamento. Os autores trazem, a partir dessas experiências, as peculiaridades envolvidas na operacionalização da assistência nas diferentes cidades estudadas e como os programas se efetivaram (FURIN et al., 2011).

Assim, de acordo com Orenstein e colaboradores (2009), o manejo da TBMR é muito dependente das estruturas locais, seja nos diferentes países ou mesmo dentro dos mesmos programas, muitas vezes sem comunicação com a OMS. Nesse sentido, Nogueira et al. (2008) apontam a necessidade dos programas de controle da TB adotarem estratégias que acompanhem de maneira mais próxima possível o progresso da terapia (NOGUEIRA et al., 2008). Com isso, optou-se por trazer de forma detalhadas quais têm sido os esforços para o controle da TBDR no mundo e no Brasil.

1.2 Controle da Tuberculose Multirresistente no mundo: da identificação do problema às medidas preconizadas

A resistência do bacilo aos fármacos não é um acontecimento recente, seu surgimento ocorreu logo após a introdução de quimioterapia eficaz. Os trabalhos de Robert Koch levaram à determinação da origem infecciosa da TB e, mais de 60 anos depois, foi desenvolvida a primeira droga antituberculosa eficaz: a estreptomicina (Daniel, 1997; Schatz; Bugle; Waksman, 2005), estão também relacionadas aos primeiros casos de resistências aos medicamentos antituberculose da história. A princípio, a introdução da estreptomicina, em meados da década de 1940, foi responsável por grandes esperanças para o enfrentamento da doença, pois representou a possibilidade de cura. Assim, o esquema monoterápico foi rapidamente implantado em todo o mundo (RAVIGLIONE, 2009).

O uso desta medicação está ligado a outro fato inovador: o desenvolvimento do primeiro estudo duplo cego e randomizado com uso de fármacos novos, conduzido pelo *British Medical Research Council*. Participaram da pesquisa 107 doentes hospitalizados por 6 meses, que foram divididos em dois grupos de diferentes intervenções: somente repouso e repouso mais estreptomicina intramuscular. O grupo que utilizou a medicação apresentou uma mortalidade de 7%, enquanto o grupo controle 27%. Concomitantemente, foi demonstrado que a

antibioticoterapia esteve relacionada com a resistência do bacilo à essa droga. Em 35 de 42 pacientes testados para resistência à estreptomicina durante o tratamento, todos desenvolveram resistência pelo menos dez vezes maior que a tolerada pela amostra padrão (FORBES; HOLT, 1948).

No ano de 1948, dois outros medicamentos foram introduzidos: tiacetazona e o ácido para-aminossalicílico, iniciando o capítulo da poliquimioterapia para o tratamento da doença. Com isso, obteve-se melhora nos índices de cura e diminuição da resistência farmacológica (BIGNAL et al., 1950). As décadas de 1950 e 1960 seguiram com a descoberta de outros fármacos utilizados até os dias atuais para o tratamento da TB: isoniazida (1951), pirazinamida (1952), cicloserina (1952), etionamida (1956), rifampicina (1957) e etambutol (1962) (KESHAVJEE; FARMER, 2012).

A introdução da rifampicina foi o grande divisor de águas no tratamento. Seu alto potencial esterilizante em todas as fases de crescimento bacilar confere a essa droga a capacidade de diminuir consideravelmente o tempo necessário para cura da doença (DALCOLMO, 2012), e junto com a isoniazida formam a associação medicamentosa mais eficaz no tratamento (FALZON et al., 2013). Atualmente o esquema preconizado para os casos novos incluem quatro drogas, em seis meses de tratamento, a chamada quimioterapia de curta duração (FOX; ELLARD; MITCHISON, 1999).

O desenvolvimento da resistência aos fármacos sempre esteve lado a lado com os avanços empreendidos no enfrentamento da TB. Em 1956, um trabalho britânico com 974 culturas isoladas de *M. tuberculosis* já mostravam uma resistência de 2,5% à estreptomicina, 2,6% ao ácido para-aminossalicílico e 1,3% à isoniazida (FOX et al., 1957). Ainda na década de 1970, ocorreu em Nova Iorque um surto de uma cepa altamente virulenta e primariamente resistente a múltiplas drogas, cujo caso índice possuía 16 anos de idade. De seus 28 contatos próximos, 23 tinham evidências de infecção ativa e 6 apresentaram resistência medicamentosa, sendo que 5 eram crianças (STEINER et al., 1970).

O interesse em investimentos internacionais em TB, principalmente do Banco Mundial, passou por um pessimismo entre as décadas de 1960 e 1980. Nesse período, a injeção de recursos no tratamento em larga escala para o combate à doença era vista como pouco custo-efetivo, preferindo-se investimentos em pesquisa e desenvolvimento de estratégias novas de prevenção e terapia (WALSH; WARREN, 1980). Porém, com a utilização de novos parâmetros, considerando os “anos de vida perdidos por incapacidade”, adotados pelo Banco Mundial (MURRAY, 1994), a quimioterapia de curta duração para TB passa a ser declarada altamente custo-efetiva (HUNTER, 1995).

Além disso, o início dos anos 1990 foi marcado por microepidemias em algumas instituições hospitalares dos Estados Unidos, especificamente em Nova Iorque. Neste momento, há a conceituação de TBMR como a forma de TB resistente à rifampicina e isoniazida (DALCOLMO et al., 1999). Nesses episódios, foram atingidos principalmente profissionais de saúde e PVHA, sendo esses últimos comprometidos imunologicamente pela infecção pelo HIV e hospitalização. Algumas características importantes influenciaram e definiram tais surtos: desorganização dos serviços de saúde, diagnóstico tardio, esquemas medicamentosos inadequados, altas mortalidade e transmissibilidade (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007). Esse fato, aliado a outros surtos, chama a atenção do “mundo desenvolvido” para um problema considerado superado: a TB (BREATHNACH et al., 1998; DALCOLMO et al., 1999; CEGIELSKI, 2010).

Diante dessa situação epidemiológica, a OMS declara a propagação da doença como emergência global e lança, em 1994, a estratégia *Directly Observed Therapy, Short-Course* (DOTS) (KOCHI, 1997). Esta estratégia é formada por cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia direta entre os sintomáticos respiratórios; tratamento padronizado de curta duração, TDO; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegurem a avaliação do tratamento; compromisso do governo, colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde (FRIEDEN; MUNSIFF, 2005; NOGUEIRA et al., 2006).

Entretanto, em um cenário marcado pelo avanço da pandemia da aids e o aumento de cepas resistentes às drogas, a estratégia DOTS, referência para muitos países, se mostrou ineficaz no combate e prevenção do surgimento de doentes com TBMR (KIMERLING et al., 1999; MIGLIORI et al., 2002). Muitos países, a exemplo dos Estados Unidos, adotaram estratégias diferentes do preconizado pela OMS e mais semelhantes às adotadas em Nova Iorque após surto de 1970, baseadas em TSA individualizados (FRIEDEN et al., 1995).

No Peru, o uso da estratégia DOTS não foi suficiente para evitar o surgimento e expansão da TBMR. Em 1995, ocorreu um surto de bacilos resistentes em favelas de Lima. Frente a isso, o governo peruano, em parceria com uma Organização não governamental (ONG), aplicou inicialmente um protocolo de tratamento baseado na realização de culturas para determinação do esquema terapêutico, assim como já era realizado em grande parte dos Estados Unidos, obtendo resultados satisfatórios (BECERRA et al., 2000; KIM et al., 2003). Posteriormente, a OMS e governo peruano iniciaram um programa de baixo custo baseado no uso de drogas padronizadas sem qualquer teste prévio de resistência, culminando com novo aumento de casos de TBMR e da mortalidade, assim como no aumento da resistência do bacilo (SUÁREZ et al., 2002; VÁSQUEZ-CAMPOS et al., 2004; HAN et al., 2005).

A experiência peruana e a expansão da TBMR levaram à criação do DOTS-*plus* em 1999 pela OMS e *Green Light Committee* (GLC). A estratégia se baseia nos cinco princípios básicos do DOTS, acrescido do uso de drogas de segunda linha, sendo que uma delas deve ser utilizada por 6 meses ou mais, pela via parenteral. A duração do tratamento é de 18-24 meses diretamente supervisionada, por meio da realização do TDO, e a terapia é individualizado de acordo com TSA (STERLING; LEHMANN; FRIEDEN, 2003). A estratégia DOTS-*plus* foi idealizada para ser implantada em cenários com níveis significantes de TBMR e com programa DOTS já estabelecidos. Ao final de 2006, mais de 50 programas piloto haviam sido lançados e mais de 20.000 doentes haviam iniciado tratamento (NATHANSON et al., 2006).

Paralelamente ao lançamento do DOTS-*plus*, foi criado o GLC, no final dos anos de 1990, cujo objetivo é trazer estratégias no tratamento da TBMR, diminuindo o custo das drogas de segunda linha para tratamento de TB e o controle do uso desses fármacos. Essas medidas fortaleceriam o combate à TBMR, especialmente por meio do DOTS-*plus* (GUPTA et al., 2001; KIM et al., 2003).

Mesmo com quase todas as medicações utilizadas para tratamento da TB com a patente expirada, no início da década de 1990 o preço de muitas dessas drogas continuava alto e proibitivo aos países em desenvolvimento. Então, em agosto de 1999, a ONG *Partners In Health*, fez uma petição para incluir sete drogas de segunda linha na lista de medicamentos da OMS. Essas drogas só poderiam ser utilizadas em cenários com DOTS estabelecido e em que o DOTS-*plus* fosse implementado. Desde o seu início, o GLC conseguiu diminuir os preços das medicações de segunda linha em 95% dos praticados antes de 1996. Esse fato revela como o mercado pode interferir no controle da TBMR e que os esforços combinados auxiliam na superação das barreiras econômicas (KIM et al., 2003).

Com o decorrer do tempo e frente à permanência da TB como desafio à Saúde Pública mundial, novas estratégias e metas foram traçadas para seu controle. Além da OMS, a Organização das Nações Unidas (ONU) aborda a necessidade do combate à doença como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que revela a preocupação no controle da doença. Aliado a isso, a incorporação de ações voltadas ao controle também da resistência, entendida como primordial para evitar óbitos e garantir cura (SILVA, 2016; UNITED NATIONS, 2000).

Em 2001, a *Stop TB Partnership* criou o primeiro plano global para combate à tuberculose – *Global Plan to Stop TB* – que lançou as ações a serem implementadas entre 2001 e 2005 (WHO, 2001), auxiliando a orientar os esforços globais nesse período. O controle global da TB também foi impulsionado por aumento no comprometimento político de países parceiros,

como a Declaração de Amsterdã de 2000, *Washington Commitment to Stop TB* (2001) e o Fórum Stop TB em Delhi (2004). Em 2005, a Assembleia Mundial de Saúde também criou uma resolução defendendo o investimento sustentado para controle e prevenção da TB (WHO, 2005). Entre as abordagens propostas, está a de prevenir e tratar a TBMR por meio de atuações baseadas na implementação do DOTS e DOTS-*plus*, além de ações para prevenção e controle da resistência, como o uso dos regimes recomendados e pré-estabelecidos de medicações, acesso garantido drogas de primeira e segunda linha e garantia de adesão e supervisão adequadas pelos programas de saúde (WHO, 2006; 2008).

No ano de 2006, a OMS lança a estratégia *Stop TB* visando ao alcance das metas globais da ONU (WHO, 2009). Tal estratégia está fundamentada em seis objetivos: buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; tratar a coinfeção TB/HIV, TBMR e outros desafios; contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde; envolver todos os provedores da saúde; empoderar portadores de TB e comunidades e capacitar e promover a pesquisa. Em relação à TBMR, reforça o uso da estratégia DOTS e em casos específicos o DOTS-*plus*, o uso dos regimes de tratamento recomendado, acesso a drogas de primeira e segunda linhas, aderência ao tratamento e supervisão pelo serviço de saúde (UPLEKAR et al., 2006).

Naquele mesmo ano, um plano mais avançado para conter a TB foi criado pela OMS e *Stop TB Partnership: Global Plan to Stop TB 2006-2015*. O plano reflete uma programação que poderia ser alcançada até 2015, desde que os recursos fossem mobilizados para implementar a Estratégia Stop TB de acordo com as etapas estabelecidas e forneceu um roteiro para a ampliação da prevenção, tratamento e pesquisa. Um dos principais objetivos era reduzir a mortalidade em TB para níveis comparáveis a 1990 (WHO, 2006). O plano passou por uma revisão em 2011, em que o financiamento foi focado e detalhado. A atualização do componente da TBMR do plano foi feita em 2007, com metas mais ambiciosas estabelecidas para 27 países com alto índice de resistência (WHO, 2010b).

A OMS procurava alcançar até 2016 taxas de sucesso de 75 a 90% no tratamento da TB (WHO, 2010b). Porém, dados de 2014 já mostravam que apenas 48% dos pacientes com TBMR em 2011 foram tratados com sucesso, 16% foram a óbito, 24% não tiveram seus resultados documentados ou interromperam o tratamento e 12% não foram curados, apesar de receberem o tratamento (WHO, 2014).

Buscando o controle global da TB, em 2015 a OMS lança sua mais nova e ambiciosa estratégia: *END TB Strategy*. Uma evolução nos planos globais anteriores, que busca uma diminuição de 95% na mortalidade e 90% na incidência da doença, atingindo a incidência de

10 casos/100.000 habitantes (Figura 2). Os pilares da estratégia são: cuidados integrados, centrados no doente e prevenção; comprometimento político e apoio da sociedade; intensificação na pesquisa e inovação. A priorização do acesso ao teste de resistência às drogas aos doentes em risco para TBMR e coinfeção TB/HIV visa o acesso universal à sensibilidade por genotipagem ou fenotipagem.

Figura 2. O declínio almejado nas taxas de incidência global de TB até 2035

Fonte: Adaptado de WHO (2015)

A infecção pela TB e o problema da TBMR ainda está longe de um controle mais efetivo, como mostram os esforços recentes da OMS com a *END TB Strategy*. Em 2015, foram notificados para a OMS 6,1 milhões de novos casos de TB no mundo (estima-se um total de 10,1 milhões de novos casos, com 1,4 milhões de mortes). Calcula-se que em 2015 ocorreram 480.00 novos casos de TBMR e 100.000 casos de TB resistentes somente à rifampicina (WHO, 2016). Em relação ao tratamento, os resultados estão aquém do ideal, como mostra estudo etíope com uso de metanálise que incluiu 14 estudos observacionais de todo o mundo, com 5.047 doentes de TBMR tratados conforme estratégia DOTS-*plus*. Esse estudo mostrou uma taxa de cura de apenas 55,6%, com mortalidade de 12,6% (95% IC: 9,0–16,2%), muito aquém das metas estipuladas pela OMS (KIBRET et al., 2017).

1.3 Histórico do controle da tuberculose multirresistente no Brasil

A TB foi inserida no território nacional pelos portugueses e desde a chegada da Família Real ao Brasil foram adotadas medidas visando seu controle. Ruffino-Netto (2002) resgata com grande propriedade os eventos políticos e históricos relacionados ao enfrentamento da doença. O autor descreve a criação de diversos órgãos ligados ao Ministério da Saúde (MS) e às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), ações preventivas (em um período anterior ao estabelecimento de terapia medicamentosa efetiva) como medidas de controle domiciliar e estabelecimento da vacinação com BCG, além da introdução de tuberculostáticos, esquemas terapêuticos padronizados, produção e distribuição nacional de fármacos anti-TB.

Um grande marco do controle da doença se dá com o estabelecimento de esquema de tratamento de curta duração (6 meses), em 1979, normatizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (MELO, 2010). Conhecido como Esquema 1 (E-1), de primeira linha, foi composto pela utilização de dois meses de rifampicina, isoniazida e pirazimanida, e quatro meses de rifampicina + isoniazida. Esse esquema estava previsto para os casos virgens de tratamento, recidivas após cura ou com baciloscopia positiva após abandono ao esquema inicial. Previu-se, também, o Esquema 1 Reforçado (E-1R) com etambutol para os casos de retratamento, Esquema 2 (E-2) para meningoencefalites e o Esquema 3 (E-3) àqueles que apresentavam falência (BRASIL, 2011a; DALCOLMO, 1999; DALCOLMO, 2012).

Contudo, permaneciam nos serviços de saúde os doentes que não obtinham cura após os tratamentos padronizados, provavelmente por resistência aos medicamentos utilizados (DALCOLMO et al., 1999). Para atendê-los era previsto o encaminhamento para unidades de referência, em geral programas estaduais, que iniciaram as tentativas de tratamento, ainda de forma incipiente, pois não eram oferecidas a essas unidades condições ou recursos para a assistência (MELO, 2010).

Visto a grande proporção de resistência adquirida, esse problema no contexto brasileiro é fundamentalmente consequência das falhas no tratamento, seja por parte dos doentes ou dos serviços e profissionais de saúde. Fortes e Dalcolmo (1997) destacam como fatores importantes a ocorrência de irregularidades e abandono ao tratamento, prescrição inadequada de drogas e/ou troca precoce do esquema proposto por efeitos adversos, além da distribuição irregular dos medicamentos pelo setor público.

Nos anos de 1980 e início de 1990 foram adotadas várias experiências nacionais com esquemas alternativos, na tentativa de tratamento aos casos resistentes às drogas programáticas (MELO, 2010). Em 1992, o MS reconhece a inexistência de dados confiáveis sobre os casos

resistentes, reconhecidos como TB “crônica” (Fortes; Dalcolmo, 1997) e em 1994 são notificados os dois primeiros casos de TBMR no país (BRASIL, 2007a).

Portanto, data do início da década a necessidade de conceituação e classificação dos casos de resistência no Brasil. Diante desta necessidade, TBMR passa a ser definida como a forma de TB resistente a pelo menos três drogas presentes em E-1, E-1R e E-3. Esse conceito é diferente do adotado internacionalmente, aproximando-se de aspectos operacionais e bacteriológicos envolvidos na assistência em nosso contexto (Fortes; Dalcolmo, 1997) e é entendido como um avanço à delimitação do problema no Brasil, pois se relaciona à realidade vivida por doentes e profissionais de saúde. A partir desta definição, foi realizado um levantamento nacional que revelou, em 1995, a existência de um somatório acumulado de cerca de 1.500 casos de TBMR, com maior concentração nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (DALCOLMO et al., 1999).

Ademais, 1990 é marcado pelo Governo Collor e graves retrocessos nas políticas de controle à TB de maneira geral, pois é nesse cenário político que houve a desestruturação do Programa a nível federal, limitando a capacidade de supervisão nacional das medidas de controle da doença, descentralização da administração para os Estados e o concomitante enfraquecimento das coordenações nestes locais (RUFFINO-NETTO, 1999). Todos esses eventos repercutiram nos resultados e indicadores da TB com queda na cobertura, diminuição na busca de casos novos, piora nos desfechos dos tratamentos e aumento da ocorrência de abandono. Somou-se a esse quadro a disseminação da epidemia de aids (RUFFINO-NETTO, 2002).

Nesse período, há um descompromisso mundial com a problemática da TB, marcado internacionalmente pela ocorrência de surtos de TBMR nos Estados Unidos, e a retomada da doença como preocupação nos países desenvolvidos na América do Norte e Europa (DALCOLMO et al., 1999). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a doença sempre foi a “calamidade negligenciada” “presente e ficante” em nossa história (RUFFINO-NETTO, 2002). Contudo, o aumento das desigualdades sociais, pobreza, falta de acesso aos bens e serviços, crescimento populacional, com concentração nas cidades e a pandemia da aids, pioraram a problemática da doença, o que repercutiu no aumento da resistência às drogas e aos esquemas terapêuticos (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007). Em outras palavras, a diminuição crescente do sistema de proteção social e de distribuição de renda tiveram impacto decisivo na expansão e agravamento da TB enquanto problema de Saúde Pública.

Frente a esse desafio, em 1995, o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), do MS, organizou um protocolo nacional de tratamento que foi validado por meio de um estudo

multicêntrico envolvendo o Instituto Clemente Ferreira, em São Paulo, Hospital Sanatório Partenon, em Porto Alegre, e o Hospital Raphael de Paula Souza, no Rio, conduzido entre os anos de 1995 e 1998 (BRASIL, 2007a).

Em 1998, foi publicado o I Inquérito Nacional de Resistência, desenvolvido de 1996 a 1997, coordenado pelo CRPHF. Concomitantemente, ocorreu o registro de todos os fármacos na Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) e regulamentação da compra de medicamentos, bem como a produção da maioria dos fármacos utilizados por empresas públicas (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007). Além disso, em um contexto mais amplo relacionado às medidas de controle da TB, no âmbito nacional, foi lançado o Plano de Controle da Tuberculose, que abordou a necessidade de disponibilizar medicamentos anti-TB, incluindo aqueles de esquemas especiais, como E-3, assim como assegurar tratamento supervisionado e vigilância da resistência às drogas (RUFFINO-NETTO, 2002).

No ano seguinte, 1999, são publicados no Jornal Brasileiro de Pneumologia resultados do estudo sobre a efetividade de esquemas alternativos para TBMR (DALCOLMO et al., 1999), em 2000 o esquema proposto é considerado validado pelo MS e tem início o Programa de Vigilância Epidemiológica de TBMR, notificando casos e consolidando o banco de dados específicos para essa condição de saúde (BRASIL, 2007a). A partir desse momento, o CRPHF passa a fornecer medicamentos para o tratamento de todos os casos de multirresistência notificados no país (BRASIL, 2007a). Outro desdobramento importante do I Inquérito foi a recomendação da realização de cultura e TSA a todos os casos de retratamento (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007)

No artigo publicado, Dalcolmo e colaboradores (1999) abordam também a importância e inexistência, até aquele momento, de orientações normativas que padronizassem as condutas de enfrentamento do problema da resistência e manejo dos casos, em especial frente a surtos. Assim, esse documento versa sobre questões amplas do tratamento da TBMR: dois esquemas medicamentos propostos (para os doentes sensíveis e resistentes à estreptomicina); extensão do período de duração mínimo de 12 para 18 meses; e orientações referentes ao melhor momento para realização de ressecção pulmonar, quando indicado. Discorrem também sobre a avaliação dos casos por meio de realização de cultura de escarro, TSA e tipificação para o *M. tuberculosis*. Além disso, são apontados aspectos referentes à estruturação das equipes e organização da atenção, como necessidade de atendimento integral por meio de atuação multiprofissional, consulta de enfermagem, fornecimento de vale-transporte e visita domiciliar a faltosos ou altamente propensos ao abandono do tratamento (DALCOLMO et al., 1999).

Em 2004, mais avanços foram vivenciados no controle da doença. O estabelecimento de convênio com o Projeto *Management Sciences of Health* (MSH) possibilitou a continuidade da implementação dos Sistema de Vigilância Epidemiológica. Esse projeto, em colaboração com CRPHF, teve por objetivos o aprimoramento do sistema de notificação de forma a permitir o acompanhamento dos casos, avaliações e pesquisas em seu banco de dados atualizado e informatizado, além do controle do envio e estoque dos medicamentos via sistema, bem como o fortalecimento e descentralização do Programa de Vigilância Epidemiológica em TBMR (BRASIL, 2007a).

Então, a partir desse ano, 2004, o Sistema de Vigilância em TBMR passa a ser informatizado e o banco de dados nacional gerenciado pelo CRPHF. Esse Centro de Referência (CR) assume o papel de provedor do sistema e de medicamentos específicos, além de se constituir como referência nacional para as Unidades de Saúde de Tratamento (UST). Foi criado um detalhado fluxograma de registro no Sistema, àquela altura chamado Sistema TBMR, que se iniciava com o registro da suspeição diagnóstica, notificação e validação do caso pelo CRPHF, previsão e dispensação de medicamentos para a UST, registro do tratamento e acompanhamento trimestral que propiciava a retroalimentação do sistema e seguimento do caso validado (BRASIL, 2007b). A concretização do Sistema TBMR compreende, assim, a avanços não somente na qualidade dos dados gerados e disponibilidade para pesquisas e avaliações, mas também na padronização de condutas e possibilidade de compartilhamento de responsabilidades e conhecimentos com equipes experientes no manejo dos casos.

O convênio com o MSH culminou, com a publicação em 2007, do Guia de Vigilância Epidemiológica em TBMR. O Guia permitiu a divulgação das recomendações padronizadas para o território nacional, tanto no que tange ao diagnóstico, tratamento medicamentoso, acompanhamento dos casos, prevenção, biossegurança, sistema de informação e recursos humanos. Foram definidas, a partir deste material, as responsabilidades e competências profissionais e gerenciais dos diversos atores envolvidos na atenção à essa condição de saúde (BRASIL, 2007a; MELO, 2010; DALCOLMO, 2012). Destaca-se, ainda, que seu conteúdo foi divulgado em Cursos de Atualização sobre TBMR com abrangência a todos os Estados brasileiros e Distrito Federal, contando com contribuições dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à resistência (BRASIL, 2007b).

Outra respeitável conquista para o controle da TBMR, no Brasil, foi relacionada ao financiamento concedido pelo Fundo Global contra a Aids, Tuberculose e Malária por período de 5 anos, em 2006. Tal iniciativa ocorreu após a visita oficial da parceria *Stop TB*, como novas metas e contribuições para o fortalecimento do controle da doença, nas quais a atenção à TBMR

obteve papel importante. Nesse panorama, umas das metas traçadas versa sobre a necessidade de maior envolvimento dos profissionais de saúde e da sociedade civil. Assim, a consequente criação do Fórum Parceria contra a Tuberculose, pelo MS, representa uma conquista no controle da doença e reconhece oficialmente o papel da participação/mobilização social (BRASIL, 2007a; DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007)

O II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Anti-Tuberculose ocorreu entre os anos de 2006 e 2009, abordando uma amostra brasileira representativa e buscando-se determinar os padrões de resistência aos medicamentos de primeira e segunda linhas, tanto em seguimento ambulatorial quanto hospitalar (BRASIL, 2007a; DALCOLMO et al., 2017). Seus resultados preliminares apontaram para o aumento da resistência primária tanto à isoniazida (de 4,4% para 6%) quanto à rifampicina (de 0,2% para 1,5%) e levaram o PNCT a modificar, ainda em 2009, vários aspectos relacionados ao tratamento da TB no Brasil (MELO, 2010; BRASIL, 2011a; DALCOLMO, 2012).

Naquele ano é publicado, no Jornal Brasileiro de Pneumologia, a III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, e as principais mudanças relacionam-se à abolição de E-1R e E-3 (CONDE et al., 2009). Assim, passou-se a ser adotado o “Esquema Básico”, em que foi introduzido o etambutol como quarta droga a ser utilizada na fase de ataque do tratamento (para doentes a partir dos 10 anos de idade). Foi recomendado que todos os casos novos de TB deveriam ser tratados com Esquema Básico e os retratamentos também, até a obtenção de resultados do TSA. Além disso, foram adotados comprimidos (substituindo as cápsulas) com doses fixas, combinando diferentes fármacos, para facilitar a ingesta medicamentosa e a supervisão do tratamento, cujas doses foram diminuídas para redução dos efeitos adversos e interações medicamentosas (MELO, 2010; BRASIL, 2011a; DALCOLMO, 2012).

Todas as diretrizes para as ações relacionadas à TB foram revistas e publicadas no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, de 2011. Houve determinações específicas para os casos de resistência confirmados, mas também preconizações visando a detecção precoce das formas de TBDR, como a realização de cultura e TSA a todos os casos de retratamento e doentes com baciloscopia positiva, após segundo mês em uso de Esquema Básico (BRASIL, 2011a; DALCOLMO, 2012). Diferentemente do Guia de Vigilância Epidemiológica publicado em 2007, o Manual traz orientações para todas as formas de TB, em geral, sendo que a resistência às drogas tem suas definições e recomendações descritas em um dos capítulos (BRASIL, 2007a; 2011a).

Outra importante alteração se refere a sincronização da definição de TBMR no Brasil àquela adotada internacionalmente (resistência conjunta a rifampicina e isoniazida). Os esquemas especiais para o tratamento de TBDR são definidos da seguinte maneira: para mono, polirresistência e TBXDR são individualizados de acordo com o perfil de resistência e, para os casos de TBMR, há padronização do tratamento (ARBEX et al., 2015; DALCOLMO, 2012; BRASIL, 2011a). As recomendações do Manual referem-se, também, ao fluxo dos doentes pelos serviços de saúde e níveis assistenciais, estabelecendo o esquema de tratamento indicado e local de realização de acordo com a situação de acometimento pela doença, como se vê no quadro 1 (BRASIL, 2011a).

Quadro 1. Esquemas preconizados segundo situação de tratamento do doente e unidades de atendimento

Situação	Esquema indicado	Local de realização
Caso novo de TB	Esquema Básico	Atenção Primária à Saúde
Com tratamento anterior: recidiva após cura; retorno após abandono	Esquema Básico até o resultado da cultura e TSA	Atenção Primária à Saúde Referência Terciária (dependendo do resultado do TSA)
Tratamentos especiais: hepatopatias, efeitos colaterais maiores, HIV/Aids e uso de imunossupressores	Esquemas especiais	Referência Secundária
Tuberculose meningoencefálica	Esquema para meningoencefalite	Hospitais inicialmente
Falência por multirresistência, mono e polirresistência ao tratamento anti-TB	Esquemas especiais para mono/poli e multirresistência	Referência Terciária

Fonte: Adaptado de Brasil (2011)

Há, assim, a regulação do fluxo dos doentes no sistema de saúde, preferencialmente tratados em regime ambulatorial. Estão previstas internações dos casos de TBMR por tempo mais curto possível, durante a fase intensiva do tratamento, em hospitais gerais ou especializados que tivessem estrutura de biossegurança adequada (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2011a). Ficou normatizado que todos os casos de resistência, bem como de necessidade de regimes especiais e tratamento de Micobacterioses Não Tuberculosas (MNT), deveriam ser

conduzidos por especialistas em CR, secundários ou terciários a depender das condições do doente (DALCOLMO, 2012).

A tecnologia para garantir a vigilância dos casos também sofreu importantes modificações. A partir de 2013 passou a ser utilizado o SITETB – Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose. Esse sistema permite a notificação, acompanhamento e encerramento dos casos, sua classificação entre os diferentes tipos de TBDR, com algumas ferramentas mantidas do Sistema TBMR (BRASIL, 2015). Além dos casos de resistência, é utilizado para gerenciar informações de tratamentos especiais e MNT. Também faz a gestão de medicamentos, possibilitando a realização de dispensação, solicitação, recebimento, transferências e controle de estoque (SITETB, 2017).

Em julho de 2014, teve início, no território nacional, a implantação do Teste Rápido Molecular (TRM) – o Xpert® MTB/RIF, realizado no sistema GeneXpert® (BRASIL, 2015). Trata-se de um teste automatizado, baseado na identificação da Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) em tempo real, que detecta o DNA do bacilo e mutações que possam conferir resistência à rifampicina, em tempo aproximado de duas horas (DUROVNI et al., 2014; PINTO et al., 2015). A intenção de sua implantação está fundamentada na otimização do diagnóstico de TB e na identificação precoce de TBRR, condizente com as recomendações da OMS e objetivos da estratégia *End TB* (BRASIL, 2015; WHO, 2016a).

O teste está indicado para o diagnóstico de casos novos, na população geral e nas mais vulneráveis (situação de rua, privados de liberdade, indígenas, profissionais de saúde, PVHA e contatos de TBDR), e para triagem da resistência à rifampicina em retratamento, mas não é indicado para o seguimento de casos confirmados ou diagnóstico de TBMR. Mesmo para o diagnóstico de TBRR é necessária a confirmação por meio de duas amostras, além de realização de cultura e TSA para confirmação do perfil de resistência. O MS recomenda que os sistemas locais (CR, coordenação estadual e municipal do PCT e da Atenção Primária à Saúde - APS) se organizem para atender aos casos positivos e resistentes para que sejam submetidos à avaliação clínica e iniciado esquema padronizado para TBMR, visto que 80% dos casos de TBRR são resistentes também a isoniazida. Esse esquema deverá ser modificado caso o TSA evidencie sensibilidade aos fármacos anti-TB ou monorresistência (BRASIL, 2014b).

Alia-se à criação de uma Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB), que até 2015 estava em 150 laboratórios de 94 municípios em todo território nacional, com a utilização do Gerenciador de Ambiente Ambulatorial (GAL) para registro dos exames, bem como o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e o SITETB. Contudo, ainda não está estabelecida a integração entre esses diferentes sistemas (BRASIL, 2015). Em estudo

preliminar de avaliação de custo-efetividade do TRM para o Sistema Único de Saúde (SUS), nas cidades de Rio de Janeiro e Manaus, Pinto e colaboradores (2015) identificaram resultados promissores com a utilização desse teste em relação à baciloscopia por escarro.

A última mudança referente ao controle da TBMR diz respeito à alteração do esquema medicamentoso padronizado. Em 2016, a Coordenação Geral do PNCT coordenou a elaboração, discussão e validação de novas recomendações junto a especialistas nacionais e internacionais, tendo por base preconizações da OMS e revisão da literatura (WHO, 2016b; BRASIL, 2016). Assim, foi incorporado o uso da capreomicina como droga injetável de primeira escolha, o que modificou o tempo de duração da fase intensiva de 6 para 8 meses, porém com uso semanal de três vezes ao invés de cinco; adotada a substituição de etambutol por etionamida, de acordo com TSA; e utilização de levofloxacina no esquema. A nota técnica ressalta, ainda, a necessidade de realizar TDO compartilhado com a APS para garantia de seguimento adequado e importância da notificação dos casos junto ao Sinan e SITETB (BRASIL, 2016).

Nota-se, ao longo dos anos, grandes esforços pela comunidade científica e pelas equipes de referência em normatizar as condutas e fluxos no SUS para atenção à TBMR no Brasil. Contudo, existem desafios inerentes ao manejo desses casos, por envolverem, na maioria das situações, pessoas que demonstraram um perfil de dificuldade em seguir esquemas terapêuticos e mais propensos ao abandono do tratamento, seja por questões pessoais ou falta de uma rede de apoio dos serviços de saúde de forma adequada. Além disso, emprega um tempo arrastado de terapia, com drogas potencialmente tóxicas e muitas vezes com desfechos desfavoráveis. Sem contar as questões relacionadas ao acesso ao tratamento, visto que, de acordo com os dados fornecidos à OMS (WHO, 2016a), somente uma parte dos casos confirmados são tratados.

Soma-se, a essa problemática, aspectos relacionados à organização dos serviços e sistema de saúde, porque o tratamento é conduzido em dois pontos de atenção à saúde: a Referência terciária (CR) e a APS, responsáveis por questões que são diferentes e concomitantemente complementares para que ocorra o sucesso terapêutico. Desta forma, existe uma fragmentação estrutural da atenção ao doente de TBMR (ALMEIDA, 2012) e que necessita da existência de uma rede de atenção que funcione de maneira articulada e integrada, visando um objetivo comum (ALMEIDA et al., 2010).

Em estudo realizado em um CR do interior de São Paulo, foi possível identificar que a condução dos casos está mais próxima das possibilidades municipais e da operacionalização da APS nesses contextos, que das necessidades dos sujeitos atendidos. Sendo assim, há falta de padronização das condutas de acompanhamento dos casos pela Atenção Primária,

correspondendo a importantes falhas em suas competências, e descompasso entre as demandas dos doentes e possibilidades dos serviços de saúde. Além disso, foi notada dificuldade de coordenação entre os serviços envolvidos na atenção à TBMR, bem como a descontinuidade do tratamento em vários momentos (BALLESTERO et al., 2014).

Logo, torna-se de grande importância identificar como os programas de controle da doença se organizam para atender aos doentes, quais os principais entraves e principais esforços para o sucesso do tratamento. Assim, optou-se por realizar uma ampla revisão da literatura a fim de identificar movimentos de estruturação dos serviços de saúde e das práticas profissionais para melhor controle da TBMR que pudessem fornecer subsídios para sua atenção no contexto nacional.

2. Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Método de Revisão

Tendo em vista a complexidade de casos de resistência às drogas para TB e a necessidade de estruturação melhor dos serviços e sistemas de saúde para sua atenção, optou-se por investigar por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura estudos que respondessem à seguinte questão norteadora: “Quais estratégias têm sido utilizadas para operacionalização da atenção ao doente de tuberculose multirresistente?”

Assim, a revisão seguiu as seguintes etapas: identificação do problema/question; seleção da amostra; definição das características dos estudos e seus resultados; análise dos resultados; discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa (BEYEA; NICOLL, 1998; COOPER, 1998; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998; BROOME, 2000; WHITEMORE; KNAFL, 2005). Para sua formulação, foi utilizada a estratégia “PICO” (TORRACO, 2005; SAYERS, 2007). Segundo esse método, o acrônimo (P)acientes ou problema, (I)ntervenção, (C)omparação e (O)utcome (desfecho), preenchendo a questão levantada e então a busca foi realizada nas bases de dados, com a estratégia: “(P) AND (I) AND (C) AND (O)”.

Na presente revisão, o problema (P) abordado foi a TBMR; intervenção (I) foram as estratégias de controle; não foi utilizada a Comparação (C); e desfecho (O) foi o resultado do tratamento ou implantação de programas.

A busca pelos artigos se deu por meio das bases de dados da área da saúde, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), e da área multidisciplinar Scopus. Descritores controlados, e seus respectivos no idioma inglês, foram utilizados para a busca dos artigos nas bases de dados da área da saúde e, para a base de cunho multidisciplinar, os mesmos descritores foram utilizados no valor de palavras-chave. Os descritores utilizados nas diferentes bases, bem como sua relação com o acrônimo, são apresentados no apêndice A.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em inglês, espanhol ou português e que respondessem à questão de investigação formulada, sem limitação de período de publicação para seleção de maior número de publicações. Foram excluídas publicações secundárias, estudos de caso, editoriais e artigos de opinião. A busca nas bases de dados foi realizada entre agosto e dezembro de 2016.

Figura 3. Fluxograma detalhando a metodologia empregada na revisão integrativa

Foram realizados os cruzamentos e identificados 1247 artigos, já excluindo as publicações repetidas entre as bases. Após a leitura dos títulos, foram pré-selecionadas 103, sendo que a leitura possibilitou a escolha de 25 artigos para a leitura na íntegra, resultando, por fim, na escolha de 15 publicações que compuseram a amostra analisada. Analisaram-se as referências contidas no interior das publicações; contudo, não foram incluídas nenhuma dessas. Os artigos excluídos foram aqueles que tinham como tema: complicações por TBMR; perfil epidemiológico da doença; TBMR como doença ocupacional; análise de custos; identificação de fatores de risco; diagnóstico; TBMR extrapulmonar; TBMR infantil; TBMR como resultado e não como foco de investigação; transmissão de bacilos resistentes; estudo de populações privadas de liberdade; experiência dos doentes, sendo que apareceram também artigos cujo tema não era TB.

O processo de seleção dos artigos é ilustrado na figura 3. Para a extração dos dados, foi utilizado um roteiro previamente estruturado para esta pesquisa, contemplando: título, ano, local de estudo, objetivo, método, principais resultados e contribuições para a presente investigação. Esse processo de seleção e alocação dos estudos primários ocorreu com o uso do gerenciador de referências Endnote X7 da Thomson Reuters.

2.2 Resultados da Revisão

A amostra foi constituída por estudos publicados de 2003 a 2015, todos em idioma inglês. Em relação ao tipo de revista científica, oito eram específicas para TB, uma de enfermagem, uma de ciência geral, uma de ciências sociais e medicina, uma de saúde pública e uma de tecnologia da informação em saúde.

Os estudos foram agrupados em quatro categorias, conforme as estratégias identificadas: Estratégia *DOTS-plus*, Estratégia de descentralização do serviço, Estratégia de uso de ferramentas de comunicação e Estratégias de proteção social aos doentes, sendo suas características como autor, título do artigo, revista, local e ano de publicação apresentadas no Apêndice B.

2.2.1 Estratégia *DOTS-plus*

A primeira categoria corresponde a artigos que estudaram a implementação da estratégia *DOTS-plus* como forma de reorganização dos serviços de saúde para o controle das formas

resistentes de TB, abordando suas peculiaridades nos diferentes contextos, desafios e potencialidades.

Cabe lembrar que essa é a estratégia recomendada pela OMS e difere-se da estratégia DOTS convencional, por ter ações voltadas especificamente para TBMR. Sua implantação requer a aprovação por um Comitê específico, após proposição de um projeto piloto, fiscalização contínua usando métodos e indicadores padronizados e, caso seja avaliado como insatisfatório, há adaptação ou interrupção de suas atividades. Além disso, requer o suprimento suficiente de drogas de segunda linha para o tratamento dos doentes, a utilização e articulação de diferentes serviços de saúde para garantir o TDO, uma rede laboratorial com capacidade de realizar culturas e TSA confiáveis, e sistema de informação que integre dados, organize e proporcione análise oportuna (WHO, 2002).

Integram esse grupo cinco trabalhos desenvolvidos nas Filipinas (1), Índia (2), Rússia (1) e Peru (1). Estes utilizam diferentes formas de análise e avaliação, apresentam os resultados preliminares e/ou a descrição do processo de efetivação dessa estratégia. Contudo, são notadas algumas semelhanças: integração entre os setores público e privado, representado espacialmente por ONG e expansão e fortalecimento das redes laboratoriais.

No primeiro deles, Quelápio e colaboradores (2010) relatam a forma de estruturação do sistema de saúde local, descrevendo o processo de padronização da terapia individualizada, a criação de unidades satélites localizadas em pontos estratégicos, as responsabilidades das instituições envolvidas e demais atividades desempenhadas para efetivação da estratégia no cenário filipino. Essas medidas, em uma análise preliminar, mostraram aumento da adesão. As inovações nesse contexto estiveram centradas no treinamento de toda a equipe envolvida na assistência; a construção e supervisão de laboratórios; padronização de condutas e o desenvolvimento do cuidado centrado no doente, com uma visão holística, sendo os pontos centrais: TDO no domicílio para os doentes com dificuldades de ir até o serviço de saúde, atenção psicossocial e o envolvimento de parceiros comunitários, composto por ex-doentes de TBMR.

Já na segunda publicação desta categoria, Singla et al. (2009) analisaram os resultados de tratamento de 126 doentes de TBMR após a implantação do DOTS-*plus* em Déli, na Índia. Os participantes do estudo fizeram uso de um regime de tratamento padronizado, com base em inquérito nacional, que poderia sofrer variação de acordo com resultado de TSA. Além disso, realizaram TDO em unidades de saúde próximas a seus domicílios e contaram com apoio de um familiar para supervisão da dose noturna. Obteve-se um percentual de cura de 61%; no entanto, o estudo evidenciou uma elevada ocorrência de óbito (29%) no primeiro mês de

tratamento, consequência de atraso na realização do diagnóstico de resistência e início de terapia oportuna. Assim, os autores ressaltam a necessidade de instituição de formas mais eficazes de diagnóstico, principalmente no que diz respeito ao estabelecimento de serviços laboratoriais de qualidade.

O terceiro estudo desta categoria foi desenvolvido na Rússia, cenário marcado pelo difícil quadro social e econômico Pós-Guerra Fria, sendo que o cuidado à TB se realizava no âmbito hospitalar. Contudo, a partir de 2000, ocorreu uma reorganização e reordenação da infraestrutura para o cuidado à TB e à TBMR, envolvendo a coordenação do setor civil e penal, além de várias instituições. Os pesquisadores afirmam que os programas que atendem à TBMR exigem manejo intensivo, supervisão clínica, apoio social e gestão de dados. Apontam as ações empreendidas para cada um dos componentes do *DOTS-plus*, definindo de maneira clara as atividades viabilizadas para a padronização das condutas e fluxos. Destacam-se aspectos relacionados ao TDO, que passa a ser realizado ambulatorialmente, flexibilizado para que acontecesse no serviço de saúde ou no domicílio do doente, além da possibilidade de contarem com auxílio transporte e/ou alimentação. Os resultados dessa investigação apontam para adequadas taxas de desfecho favorável do tratamento (KESHAVJEE et al., 2008).

Outra investigação indiana foi realizada por Thomas e colaboradores (2007), com o objetivo de descrever os resultados do tratamento para TBMR e TBXDR após a implantação da estratégia estudada em Chennai, área predominantemente rural. Os participantes foram divididos em dois grupos: moradores da zona urbana e da rural, ambos com a instituição da terapia em ambiente hospitalar e depois um mês tratados no mesmo serviço de referência, sendo o TDO realizado pela APS três vezes por semana. Os autores descrevem detalhadamente o fluxo dos doentes pelos serviços de saúde e as ações desempenhadas por cada um deles. No entanto, são identificadas taxas de cura aquém do esperado – 41,3% na área rural e 30% na região urbana. Ainda que TSA e a rede de distribuição de medicamentos funcionasse de forma adequada, os pesquisadores acreditam que seja necessário fortalecer pontos como a identificação de um profissional para a realização do TDO com habilidade social para favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso e melhorar a capacidade de gerenciamento das reações adversas, contando com profissional de saúde mais próximo aos doentes (THOMAS et al., 2007).

O último artigo desta categoria é de autoria de Mitnick e colaboradores (2003) e tem como cenário Lima, Peru. São descritos os resultados de tratamento de 75 doentes de TBMR após a implantação do *DOTS-plus*. Além disso, os pesquisadores expõem como se deu a condução dos casos; os exames de seguimento; manejo das ações na equipe multiprofissional e

o papel de uma ONG no suporte à terapia medicamentosa, nutricional, financeira e social prestada aos doentes. Foi obtida uma satisfatória taxa de cura (83%), com óbito de 8% durante o tratamento. Os autores identificaram a anemia e baixo peso como fatores preditores de mal prognóstico.

Ainda que a estratégia DOTS-*plus* não esteja implantada no Brasil, seja por conjecturas políticas ou mesmo perfil epidemiológico local que não a justifica, as publicações desta categoria contribuem para a presente investigação no sentido de destacar aspectos importantes para o melhor controle da TBMR.

O treinamento das equipes envolvidas é de extrema importância para uma atenção oportuna, que prescreva a terapia mais adequada, identifique e maneje seus efeitos adversos, supervisione o tratamento, realize os exames e testes laboratoriais adequadamente. Outro ponto de destaque é a necessidade de padronizar condutas e fluxos de pessoas pelos diversos serviços de saúde, desde o diagnóstico até o desfecho, criando uma identidade da atenção à TBMR nos diferentes cenários.

Questões ligadas ao TDO merecem uma atenção ainda mais especial, com ênfase na importância de seu fortalecimento como eixo central da estratégia. Assim, há possibilidades de criar medidas para acompanhar o doente de forma mais próxima, em seu domicílio (quando necessário), e considerando ainda incorporar outros personagens além dos profissionais de saúde, como voluntários, familiares ou mesmo ex-doentes, desde que apresentem perfil adequado.

Além disso, uma visão centrada no doente e atenção às suas necessidades sociais, financeiras e nutricionais parece estar relacionada a melhores taxas de cura, como mostra o estudo peruano (MITNICK et al., 2003).

2.2.2 Estratégia de descentralização do serviço

A segunda categoria compreende os trabalhos que abordam a reorganização dos serviços e fluxos como estratégia de obtenção do controle da TBMR. Todos os trabalhos foram conduzidos em países com elevada carga da doença, sendo priorizada a organização da assistência de forma descentralizada para maior proximidade às realidades enfrentadas pelos doentes. Além de abordarem os fluxos entre os serviços de saúde e profissionais, foi estudado o impacto da transição do modelo baseado na hospitalização para o de base comunitária, realizado ambulatorialmente.

Os próximos três artigos a serem apresentados foram realizados na África do Sul. Enquanto na publicação de Brust et al. (2012) é estudada a organização descentralizada da atenção e seu impacto no controle da doença, o trabalho de Loveday et al. (2012) compara a atenção centralizada e a descentralizada no mesmo cenário.

No primeiro artigo deste grupo são descritos os resultados preliminares da reordenação da atenção voltada para TBMR e HIV, cujos objetivos eram tratar todos os doentes diagnosticados, independentemente de serem ou não coinfetados pelo HIV; providenciar tratamento domiciliar para ambas doenças; garantir aumento da adesão ao tratamento; providenciar monitorização intensiva dos eventos adversos e encurtar o período de hospitalização para os doentes que necessitarem. Assim, o Programa foi composto por ACS e enfermeiros responsáveis pela visita domiciliar e administração da medicação, tanto para TB quanto a terapia antirretroviral (TARV), quando indicada, e observando os efeitos adversos. Possuía também um ambulatório descentralizado, com exames laboratoriais e de imagem, onde eram realizadas as consultas médicas mensais. Uma das características importantes era o seguimento dos doentes pelos mesmos profissionais de saúde. Além disso, era reconhecido um membro da família ou amigo que ficava designado como “suporte para o tratamento”, que recebia orientações sobre TBMR e HIV e era responsável por ajudar na adesão à terapia. Tanto o doente e família quanto a equipe de saúde receberam treinamento para o enfrentamento de ambas doenças (BRUST et al., 2012).

Os resultados demonstraram uma taxa de sucesso no tratamento de 77% (considerando os casos curados e os que ainda estavam em tratamento). Do total de doentes tratados, 83% era coinfetados por HIV, sendo que 73% melhoraram a contagem de células TCD4. Ainda que 99% dos doentes monitorados ambulatorialmente tenham apresentado algum efeito adverso, nenhum necessitou interromper a terapia. Tais resultados levaram os pesquisadores a considerar que esta forma de tratamento no contexto africano melhorou a assistência a TBMR e destaca-se a importância da existência de integração entre os serviços de saúde envolvidos (BRUST et al., 2012).

Já no estudo de Loveday e colaboradores (2012), são comparadas duas modalidades de tratamento para TBMR: o modelo centralizado, realizado em âmbito urbano, e o modelo descentralizado, próximos às comunidades rurais. Na forma descentralizada de atenção foram criados quatro locais para acompanhamento do tratamento áreas diferentes da província, considerando a incidência da doença. Os médicos foram treinados para iniciar e conduzir os tratamentos MR, sendo os casos mais complexos, como crianças e TBXDR, encaminhados para o hospital de referência. Foram criadas diretrizes para o tratamento comuns a esses locais.

Foram avaliadas características clínicas, sendo o tempo médio de acompanhamento de 154 dias. Existiam diferenças entre os dois grupos de doentes, sobretudo quanto a proporção de baciloscopias positivas no início do tratamento. Apesar deste estudo apresentar limitações, visto que trabalhou com dados secundários e com registros imprecisos, além da demora para obter resultados da cultura, os autores acreditam que nesse contexto o tratamento descentralizado é melhor que o centralizado, tendo em vista os índices de conversão da cultura (54% *versus* 24%, $p < 0,001$) (LOVEDAY et al., 2012).

Heller e colaboradores (2010) descrevem um programa ambulatorial de atenção a TBMR e avaliam seus resultados quando comparados ao modelo tradicional. Foram analisadas as variáveis: início do tratamento e tempo de negatificação de cultura e baciloscopia. Como resultados, os autores apontam para melhores indicadores relacionados à nova proposta de organização (ambulatorial), com diminuição do tempo médio de início do tratamento específico para TBMR; tempo médio de negatificação baciloscópica e tempo médio de conversão da cultura. Quanto ao desfecho do tratamento, não foi observada diferença estatisticamente significativa. Desta forma, os autores acreditam que o tratamento ambulatorial, descentralizado, pode ser uma alternativa viável aos doentes de TBMR em seguimento na África do Sul. As limitações deste estudo referem-se ao uso do controle histórico, visto que muitas condições locais políticas e de organização da atenção podem ter sido modificadas nesse período e possam ter interferido nos resultados do estudo, além da descentralização do serviço (HELLER et al., 2010).

Por último, a publicação de Shanks et al. (2012) trata de um relato de experiência da implementação de um programa de tratamento para TBMR em área de conflito da República Democrática do Congo, país com altos índices de TBMR, porém com limitada capacidade de diagnóstico e tratamento dos casos. Uma parceria internacional estabelecida com a Bélgica possibilitou a realização de cultura com teste de sensibilidade às drogas e orientação sobre o esquema medicamentoso sob a forma de consultoria telefônica aos Médicos Sem Fronteiras que atenderam diretamente os doentes. Foi realizado um protocolo simplificado de tratamento, com internação na fase intensiva; fase de manutenção realizada ambulatorialmente com visitas médicas (mensais) e de enfermagem (diariamente para realização do TDO e mensalmente junto com o médico). Na ocasião das visitas com os dois profissionais, eram abordados aspectos relacionados à adesão, estigma, necessidades nutricionais, equipamentos e questões relacionadas à equipe, além do TDO. As culturas de escarro eram realizadas a cada 4 meses.

Como resultados, os pesquisadores descreveram que, após a conversão da cultura, nenhum doente voltou a apresentar resultado positivo. E ainda que, até o momento da

publicação do estudo, não tivessem parâmetros para diagnosticar alta, todos os doentes tratados completaram o tratamento. O programa abordou aspectos amplos de educação do doente e suporte à adesão, com TDO realizado por enfermeiro. A comunicação entre a equipe que realizava o tratamento e os médicos belgas que orientavam as condutas ocorreu de forma conturbada, principalmente devido a erros quanto aos resultados de exames laboratoriais. Contudo, a normatização de condutas e contato direto com o laboratório melhoraram a viabilidade do modelo. Os autores ressaltam que tal experiência, até o momento da publicação, exitosa, deveu-se ao apoio de diversos serviços, em locais diferentes, enfatizando o combate ao estigma (SHANKS et al., 2012).

Como fatores que contribuem para o estudo em questão encontram-se alguns aspectos que voltam a aparecer nos artigos analisados no primeiro e segundo bloco desta revisão, como a necessidade de inovação de pontos relacionados ao TDO, admitindo-se benefícios no envolvimento de um apoiador familiar devidamente orientado e com vínculo com o doente e profissionais, a incorporação do ACS a essa atividade, bem como a coordenação realizada pelo enfermeiro (BRUST et al., 2012).

Novamente são relatadas boas experiências relacionadas à padronização de condutas e fluxos dos doentes pelos serviços de saúde, além do uso de questionário padronizado para identificação de reações adversas às drogas e intervenção oportuna no caso de sua ocorrência. Admite-se, ainda, a possibilidade de arranjos que meschem o tratamento descentralizado com a atenção centralizada para os casos mais complexos (LOVEDAY et al., 2012).

Evidencia-se, também a importância de treinamento adequado de toda a equipe. Como aspecto diferenciado, os autores trazem também a necessidade de educação dos doentes e familiares, na ocasião, com uso de material didático. Esta medida estaria relacionada a melhores desfechos do tratamento, mas também diminuição do estigma da doença (BRUST et al., 2012)

Quanto às contribuições trazidas por Heller et al. (2010), há indícios de que a atenção com base na comunidade ou regime ambulatorial seja melhor que a realizada no âmbito hospitalar. Ainda que preservadas as diferenças quanto aos contextos, pois trata-se de uma área de alta incidência de multirresistência e com altos índices de coinfeção pelo HIV, reflete-se sobre a necessidade de fortalecer as equipes brasileiras para a limitação da hospitalização a realidades restritas.

Ao passo que o estudo de Shanks e colaboradores (2012) contribui para a presente investigação no sentido de despertar para a possibilidade de manejo das dificuldades de comunicação entre uma área remota e os especialistas internacionais. Tendo em vista as dimensões territoriais do Brasil e eventuais problemas de acesso a algumas regiões, bem como

o modelo de assistência à TBMR centrado no ponto de atenção terciário, os resultados dos pesquisadores fomentam a possibilidade de potencializar a comunicação entre os níveis assistenciais, com a oferecimento de consultoria adequada e adequada supervisão do tratamento na garantia de adesão, com destaque ao papel do TDO.

Observa-se, ainda, a possibilidade de adaptações que diminuam os custos do tratamento, como o espaçamento da realização de cultura de escarro. Além da necessidade de padronização do esquema medicamentoso, visto as dificuldades para realização de exames laboratoriais adequados, bem como a necessidade de confiável laboratório de retaguarda para melhor estabelecimento da terapia e definição de cura. A ocorrência de internação na fase intensiva de tratamento se dá sobretudo pela necessidade de segurança em uma área de conflito; nesse sentido há um distanciamento do contexto brasileiro. Contudo, a efetivação de um sistema de proteção social adequado à realidade dos doentes é uma prerrogativa que aproxima os dois cenários, República Democrática do Congo e Brasil, vistas as condições precárias em que muitos dos acometidos por TBMR têm passado.

2.2.3 Estratégia de uso de ferramentas de comunicação

Esta categoria corresponde a três artigos encontrados na busca, cujos objetivos foram analisar o uso de ferramentas para viabilizar a comunicação como estratégia de melhoria da assistência. Dois tipos de intervenção foram implementados: plataformas e/ou *software* que promovessem a troca de informações entre os profissionais médicos com expertise no manejo dos casos e os clínicos que assistiam diretamente o doente (JORDAN; CULLEN; DAVIES, 2012; D'AMBROSIO et al., 2015); e ferramentas relacionadas à comunicação dentro da equipe responsável pelo cuidado direto à TBMR (FRASER et al., 2013).

Na publicação de D'Ambrosio e colaboradores (2015) é descrita a implantação do *Electronic TB Consilium* e são apresentados seus resultados iniciais para o manejo dos casos do Leste Europeu. Esta plataforma visou garantir mecanismos de comunicação que permitissem a consultoria médica, integrando especialidades necessárias para o manejo da doença, para melhor controle dos casos mais complexos (TB-HIV, TBMR e XDR, TB em crianças). Os autores apontam como impactos de seu uso os seguintes aspectos: melhor gestão dos casos; impedimento do desenvolvimento de resistência a outros medicamentos; monitorização e avaliação da condução das medidas de controle; identificação dos desafios enfrentados no tratamento e apoio aos clínicos na tomada de decisões. Nesse sentido, ocorreu sua incorporação aos treinamentos da OMS, disponibilização em vários idiomas, com planos de expansão para

outros idiomas e incorporação de um maior painel de especialistas. Foi notado, também, potenciais quanto ao uso da ferramenta na avaliação dos contatos e infecção latente.

Com intuito semelhante, foi desenvolvido no Reino Unido o *software Advisory Service MDR-TB*, comunicando equipe médica centralizada e especializada em TBMR e clínicos que prestavam assistência direta a esses doentes. Os pesquisadores relatam não ter sido possível obterem resultados conclusivos em relação à melhora da assistência aos doentes. Contudo, a maioria dos profissionais usuários do *software* sentiu-se confortável sobre o envio de dados do doente e referiu satisfação com as opiniões obtidas junto aos especialistas, julgando influência significativa na escolha da terapia a ser instituída. Apesar dos pesquisadores acreditarem ser muito cedo para determinar se o *Advisory Service MDR-TB* repercutiu em melhoras quanto ao prognóstico dos casos, acredita-se em sua potencialidade para melhor disposição de dados e agilidade na comunicação entre os clínicos responsáveis pelo tratamento e os especialistas (JORDAN; CULLEN; DAVIES, 2012).

Além da necessidade de comunicação entre equipes de saúde, foram notadas por Fraser et al. (2013) deficiências quanto à troca de informações necessárias para a condução do tratamento dentro das equipes locais que atendem aos doentes. Nesse sentido, o artigo encontrado descreve duas ferramentas: o *Electronic Medical Record* (EMR) e o *OpenMRS-TB*, ambos desenvolvidos e implementados em países com alta carga de TBMR (inicialmente no Peru e depois expandidos outros países).

Com base em uma série de estudos, foram descritas algumas vantagens do uso do ERM: ferramenta de comunicação entre os profissionais envolvidos na atenção ao doente – médicos, farmacêuticos e enfermeiros; previsão e gestão do estoque de fármacos a serem utilizados; redução do tempo de atraso para a obtenção de resultados de exames laboratoriais (cultura e baciloscopia) – tanto em seu uso na versão móvel quanto em combinação com sistema de informação laboratorial peruano (FRASER et al., 2013).

Já em relação ao *OpenMRS-TB*, versão modificada e ampliada do ERM para uso móvel, expandida para locais de recursos escassos e alta concentração da doença, foram notadas dificuldades de superação na fragmentação no fornecimento e uso das informações, principalmente no que diz respeito à interlocução com outras plataformas. Assim, os autores recomendam modificações para que essa ferramenta permita melhor gestão das informações, especialmente com a incorporação de *software* com linguagem padronizada e acesso aberto, levando ao melhor controle da doença (FRASER et al., 2013).

Logo é possível perceber os diferentes momentos em que é necessário garantir a comunicação efetiva entre os diversos atores e serviços de saúde envolvidos na atenção à

TBMR. A condução do tratamento é uma atividade complexa, que envolve profissionais com diferentes núcleos de competência: médicos (generalistas e especialistas), enfermeiros, farmacêuticos, biólogos, técnicos em laboratório, dentre outros. Como contribuição ao presente trabalho é possível destacar a necessidade de facilitar a troca de informações entre todos esses sujeitos responsáveis pelo cuidado, bem como a consultoria a especialistas nacionais e internacionais.

Percebe-se, ainda, necessidades parecidas no contexto brasileiro, tanto no que diz respeito à incorporação e manejo do sistema de informação específico para TBMR quanto em sua interlocução com os demais. Desta forma, mesmo que a organização da assistência em nosso país não seja exatamente igual àquelas encontradas nos países estudados, assemelha-se destes quanto à importância de garantir a continuidade do cuidado por meio da prestação de serviços coordenados por toda a trajetória de tratamento e na necessidade de criação de mecanismos que facilitem a consulta à especialistas, uma vez que está organizada de forma centralizada em unidades de referência.

2.2.4 Estratégias de proteção social aos doentes

Integram esse grupo três publicações que tiveram por objetivo investigar estratégias que possibilitassem a criação de mecanismos de proteção social aos doentes em tratamento, com ações que forneceram apoio emocional, social e/ou econômico aos doentes em tratamento, fortalecendo a adesão à terapia medicamentosa. Essas estratégias passaram por incentivos financeiros diretos, alimentares, construção de moradias, apoio psicossocial e outras formas.

O primeiro estudo a compor esse grupo corresponde a um trabalho conduzido no Equador e que teve como objetivo investigar o impacto do fornecimento de benefício financeiro aos doentes que aderissem ao tratamento prescrito, considerado como a tomada de medicação 26 dias por mês. Após o recebimento de US\$ 240 mensalmente, por um ano, foi comparada a adesão dos doentes ao registro desse parâmetro anterior ao benefício. Como resultado os pesquisadores encontraram a diminuição da não adesão ao tratamento (26,7% para 9,5%), sendo apontados pelos participantes os aspectos positivos do incentivo, críticas aos atrasos quanto aos valores recebidos e indicação das principais formas de emprego do dinheiro oferecido. A realização deste estudo levou Sripad e colaboradores (2014) a concluir que o programa de incentivo monetário do Equador alivia o fardo econômico daqueles doentes. Contudo, não ameniza outras barreiras para concretização do tratamento, como o sofrimento psicológico e os efeitos colaterais aos medicamentos (SRIPAD et al., 2014).

Os demais artigos encontrados foram desenvolvidos no Peru e versam a respeito do trabalho da OGN *Socios en Salud* no fortalecimento da atenção à TBMR na cidade de Lima, abordando aspectos diferenciados da assistência. Em ambos estudos é utilizada a abordagem qualitativa, com uso de etnografia. Enquanto Acha et al. (2007) descrevem e analisam o impacto de grupos de apoio psicossocial, Palacios e colaboradores (2003) discutem especificamente aspectos relacionados às práticas dos profissionais enfermeiros junto aos doentes atendidos.

Participaram do grupo de apoio os doentes em tratamento no serviço em estudo (com duas baciloscopias negativas) e seus familiares, ex-doentes já atendidos pelo grupo, ACS, enfermeiros, assistentes sociais e psiquiatra. Para adentrar o grupo, os doentes eram identificados pelo enfermeiro ou ACS por apresentar alguma das seguintes características: dificuldades emocionais, risco de suicídio ou tratamentos abandonados. Doentes com sintomas psiquiátricos graves e/ou com cultura positiva recebiam terapia individual. A participação no grupo era voluntária e encorajada pelos ACS. As atividades realizadas foram: reuniões em grupo, excursões recreativas, celebrações simbólicas, *workshops* periódicos para a família. Percebeu-se, também, que além das atividades formais, muitos doentes reuniam-se informalmente (ACHA et al., 2007).

Foi percebido que, apesar da maior parte dos doentes não ter participado de mais de 15 sessões, eles estabeleceram vínculos e se encontravam fora do grupo. Foram encontrados desafios relacionados à manutenção e estabilidade do grupo, principalmente devido à fragilidade física dos doentes ocasionada pela doença ou pelo tratamento, as dificuldades financeiras para o transporte até o local de encontro, além de oportunidades de empregos temporários que os levavam a faltar aos encontros. Foram observados problemas em conseguir adesão dos profissionais para participação no grupo, dado o medo de contrair TBMR.

No último artigo, os investigadores descrevem as atividades assistenciais que o enfermeiro desenvolveu no programa de TBMR. Como resultados, os pesquisadores obtiveram três grandes blocos: 1) *Atividades focadas nos doentes*: estes identificaram os doentes elegíveis, avaliando-os antes de iniciar a terapia, o monitoramento durante o tratamento, triagem de doentes, emergências e projetos especiais relativos à sua assistência; 2) *Atividades educativas*: focados na TBMR e direcionadas para doentes e os outros profissionais de saúde; 3) *Coordenação das atividades*: supervisão dos ACS e comunicação entre os membros da equipe de tratamento. Desta forma, notou-se que o enfermeiro desenvolve importante papel junto aos doentes de TBMR e seus familiares, além de sua atuação frente à organização do trabalho (PALACIOS et al., 2003).

Percebe-se que a complexidade dos casos de TBMR se dá por integrar dificuldades distintas e, para melhoria da atenção, é necessário combate em várias frentes e que integre a maior diversidade possível de profissionais e pessoas dispostas a mudar o quadro atual. Assim, os estudos analisados nessa categoria contribuem, também, na sensibilização para abordagem de questões não apenas clínicas, mas econômicas, sociais, nutricionais e psicológicas que devem ser consideradas para o enfrentamento da TBMR nos diferentes cenários: Equador, Peru ou Brasil, visto as similaridades quanto ao perfil dos adoecidos por TB.

Além disso, despertam para a necessidade de lançar olhares diferenciados sobre os doentes e seus familiares, visto que a aproximação entre eles e o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde podem ser fortalezas do tratamento e controle da TBMR. Além de lançar a ideia dos benefícios da interação entre doentes em tratamento e pessoas já tratadas para essa condição de saúde como mecanismo de apoio e combate ao estigma. Ainda que não tenham sido identificados estudos que abordem a utilização de grupos similares a esses no cenário brasileiro, acredita-se que integrar tal proposta ao tratamento possa potencializar a adesão e refletir em indicadores de evolução mais favoráveis (ACHA et al., 2003).

Ainda são apontadas potencialidades no desempenho do enfermeiro, sua aproximação com o doente e familiares, o direcionamento de ações abrangentes e centradas nos doentes, com uma assistência clínica qualificada e que sensibilize o doente para a corresponsabilização em seu processo de recuperação. Além disso, nota-se seu papel de liderança frente a outros membros da equipe, no caso os ACS. Assim, é importante incorporar e fortalecer o enfermeiro como membro da equipe de saúde que atende à TBMR com o objetivo de melhorar seu controle.

2.3 Conclusão da Revisão

Logo, é possível destacar alguns aspectos de maior relevância entre os artigos analisados: a maioria dos estudos revelou melhora dos resultados de tratamento quando são padronizadas as condutas, sejam elas por meio da implantação do DOTS-*plus* nos diferentes contextos ou outra forma de normatização dos fluxos e manejo do tratamento; a necessidade de realização do TDO, preferencialmente por profissional de saúde treinado, sensibilizado e com perfil adequado; a relevância de um apoiador ou suporte para o tratamento, sendo esse um membro da família ou sujeito já tratado para TBMR; necessidade de treinamento adequado da equipe de saúde, além de sua integração por meio de mecanismos que garantam efetiva comunicação; preferência por seguimento ambulatorial, flexibilizado para atender às

peculiaridades dos contextos locais; orientação do doente e familiares; importância de grupos de apoio; necessidade de combate ao estigma da doença e a relevância do estabelecimento de parcerias nacionais e internacionais, aliando setores públicos e privados.

Tendo em vista esse panorama, a intencionalidade da presente investigação está centrada na necessidade de melhor compreensão de como ocorre a atenção à TBMR no Brasil, por meio da análise de alguns Centros de Referência distribuídos em diferentes Estados. Nesse sentido, parte-se da premissa que a organização em redes favoreça a atenção. Assim, buscou-se contextualizar a assistência ao Referencial de Redes de Atenção à Saúde, especificamente aos fundamentos teóricos e elementos constitutivos (alcançados e almejados) para a composição de uma Rede Temática específica para TB, com destaque a seu papel no enfrentamento da TBMR.

Além disso, o presente trabalho baseia-se na construção e validação de um instrumento que permita melhor gestão dos casos entre os serviços de saúde responsáveis por seu acompanhamento, considerando os aspectos principais encontrados nos estudos internacionais e respeitando as conquistas empreendidas historicamente em território nacional.

3. Referencial Teórico

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que embasa o presente estudo é constituído por dois pontos específicos: a Rede de Atenção à Saúde – como forma de organização da assistência a nível nacional e a Gestão da Clínica – como estratégia tecnológica no controle à TBMR.

Ambos pontos são trazidos por Eugênio Vilaça Mendes (2010a, 2011, 2012) e serão abordados a partir deste momento à luz deste autor. Optou-se em descrever nesse momento os aspectos conceituais da estruturação e constituição da Rede e questões definidoras envolvidas na Gestão da Clínica. O referencial norteou os procedimentos envolvidos na presente investigação, direcionando sua elaboração, efetivação, apresentação e discussão dos resultados.

3.1 As Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como proposta de reordenação do Sistema de Saúde, tendo em vista a atenção às doenças agudas, mas principalmente às condições crônicas e suas agudizações; buscando, assim, responder a essas situações com eficiência, efetividade e qualidade de forma integrada e superando as fragmentações (MENDES, 2010a).

Sistemas fragmentados são conceituados por Mendes (2010) como aqueles em que a atenção se constitui por meio de “um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros”, gerando uma assistência descontínua à população, em que a comunicação entre os serviços não ocorre de forma incipiente. Além disso, aponta como as principais características desses sistemas a organização hierarquizada, com financiamento por procedimentos, demonstrando debilidades na continuidade da assistência; foco principalmente em condições agudas – centralizado no atendimento à demanda, em intervenções curativas e no cuidado profissional, em que o usuário desempenha papel passivo.

Nesse contexto, as RAS compreendem a uma forma de organização poliárquica, composta por serviços de saúde que apresentam vínculo entre si devido a possuírem missão única e objetivos comuns, atuando de forma cooperativa, interdependente e coordenada. Assim, os serviços são ofertados de maneira contínua e integral a determinada população (MENDES, 2010a; 2011; 2012). Ou como Mendes (2010a) afirma ser uma atenção “prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população” (p. 230).

A partir da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, as ações em saúde referentes ao planejamento e assistência, bem como a

articulação interfederativa, instituem-se as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) – a operacionalização da RAS no contexto da organização da assistência à saúde no território nacional (BRASIL, 2011b).

Devido à dificuldade de enfrentamento de várias condições de saúde, a vulnerabilidade e vastidão do país, o MS estabeleceu redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Atenção a Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014a).

Para Mendes (2010a), as condições crônicas incluem: todas as doenças crônicas, as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida específicos, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas e doenças transmissíveis de curso longo, nas quais se inclui a TB.

Segundo o autor, as Redes Temáticas são uma proposta distinta dos programas específicos de controle das doenças. Elas funcionam sobre outra lógica, pois são dirigidas pela APS, com base em subpopulações de risco e com fatores de vulnerabilidade ou mesmo condições de saúde instaladas. Assim, a coordenação, supervisão e execução de atividades não estariam sob controle da atenção especializada. Acredita-se que, a longo prazo, a constituição de redes temáticas tenha melhores resultados que a atuação em forma de programas, ainda que se admita a funcionalidade dos programas verticalizados na RAS (MENDES, 2011).

Quanto à política de controle da TB no Brasil, há sua designação enquanto Programa (verticalizado e hierarquizado). Contudo, para a concretização do presente trabalho, entende-se que é necessário contextualizar sua atenção ao referencial de RAS, em especial para as formas resistentes da doença por sua especificidade e gravidade como problema de saúde pública. Além disso, de acordo com os conceitos, fundamentos e elementos constitutivos da rede serão examinados os avanços, entraves e desafios a serem enfrentados para a construção de uma Rede Temática voltada à TB, porém mais especificamente às ações direcionadas à TBMR.

Admite-se a existência de alguns fundamentos envolvidos na efetivação da RAS, de forma eficiente e com qualidade, sendo: a economia de escala; qualidade da atenção; acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção. Acredita-se que esses sejam os aspectos envolvidos na construção e implementação das redes, como seus elementos estruturantes (MENDES, 2011).

Entende-se por **economia de escala** a relação em forma de U entre os custos médios, de um lado, e os custos fixos de outro, sendo que a variação ocorre de acordo com o volume de atividades realizadas. Assim, há uma diminuição dos custos médios a longo prazo à medida que custos fixos se distribuem por um maior número de atividades. Mendes (2011) acredita que essa

teoria econômica seja a mais adequada para explicar a maneira mais oportuna de gerir os investimentos financeiros nos serviços de saúde e que sua efetivação esteja relacionada com um sistema de atenção eficiente.

Segundo esse autor, é importante considerar a escassez de recursos, físicos ou humanos, para alocação dos serviços e ações de saúde de forma otimizada. Ressalta-se, também, a importância de dispersar pelo território recursos menos escassos e concentrar os mais escassos, como especialidades (MENDES, 2011).

Outro ponto de destaque é **qualidade da atenção** prestada como um dos principais objetivos dos sistemas de saúde. Para seu alcance, Mendes (2011) admite uma série de fatores envolvidos que vão desde a oferta de serviços em conformidade a padrões ótimos pré-definidos – mensurados por meio de indicadores que considerem “estrutura, processos e resultados” e com programas de qualidade funcionantes, passando pelo atendimento das demandas dos usuários e atenção às suas expectativas de forma humanizada e segura a todos os envolvidos no processo (incluindo profissionais de saúde) e que culminariam no atendimento em tempo oportuno e em uma assistência equitativa (MENDES, 2011).

Com base em uma ampla gama de outros estudos, realizados em diferentes contextos, em especial em países ricos e com sistemas de saúde bem estruturados, o autor encontra evidências da relação direta entre o volume e a qualidade dos serviços. Assim, admite que, para determinadas condições de saúde, a quantidade esteja relacionada à qualidade, no sentido de desenvolvimento de expertise (MENDES, 2011).

O **acesso** seria o terceiro elemento adicionado a esse conjunto de fundamentos que alicerçam a constituição da RAS. Mendes (2011) traz várias definições de acesso e acessibilidade que, de maneira geral, passam por questões relacionadas à localização geográfica, aspectos sócio-organizacionais e os ajustes entre os usuários e os sistemas de saúde na busca e recebimento de atenção de acordo com suas expectativas, de maneira contínua e efetiva.

O autor entende o acesso como balizador entre a economia de escala e qualidade da atenção, sendo o fator central e definidor em situações em que haja um descompasso entre os outros fundamentos. Assim, é necessário garantir o acesso equitativo aos sistemas de saúde, mesmo que em detrimento da economia de escala ou em condições subótimas de qualidade (MENDES, 2011).

Quanto ao fundamento de **integração horizontal e vertical**, também há incorporação de conceitos econômicos no campo da Saúde Pública. Trata-se de rearranjos na cadeia produtiva de saúde para que se obtenham benefícios da economia de escala, agregando valor em saúde.

Assim, integram-se serviços com o mesmo rol de ações (horizontal) e/ou de especialidades diferentes (vertical), de forma a diminuir a concorrência entre eles e a dispersão de recursos para os mesmos fins (MENDES, 2011).

Já por **processo de substituição** define-se a reordenação do processo de trabalho entre e dentro dos serviços de saúde. Abarca a redefinição de vários pontos relacionados à oferta dos serviços, que pode ser relacionada à: localização – quando há o deslocamento do local em que atenção é prestada (hospital, domicílio, hospital dia, serviço ambulatorial); competências clínicas – com a reordenação das atividades profissionais dentro da equipe, com a possibilidade mudança nas suas habilidades e papéis na equipe; tecnológica – marcada pela alteração do recurso tecnológico envolvido no cuidado; e da clínica – como a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado (MENDES, 2011).

Ainda é necessário organizar a RAS com vistas a atender um determinado **território sanitário**, dirigindo o foco a uma população definida, bem como organizar os fluxos seguindo os **níveis de atenção** que, por sua vez, são alocados de acordo com a densidade tecnológica disponível – Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária e Terciária (MENDES, 2011).

Ademais desses fundamentos, a RAS é composta por três elementos constitutivos: 1) *População* - dividida em territórios sanitários e organizada de acordo com riscos sócio-sanitários; 2) *Estrutura Operacional* - constituída pelos pontos “nós da rede e ligações materiais e imateriais” que os comunicam; 3) *Modelos de Atenção à Saúde* – sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS (MENDES, 2010a; 2011; 2012).

A estrutura operacional da RAS é composta pelos seguintes componentes:

- *Centro de Comunicação*: marcado pela superação do paradigma de Atenção Básica e substituição por APS, sendo essa responsável pelo ordenamento dos fluxos;
- *Pontos de Atenção Secundários e Terciários*: conceito diferente de estabelecimentos de saúde, voltando-se para nós da rede em que ocorrem a oferta de serviços especializados;
- *Sistemas de Apoio*: caracterizados pelos serviços que prestam apoio ao sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica; e sistemas de informação em saúde;

- *Sistemas Logísticos*: apontados como soluções tecnológicas, baseadas na tecnologia de informação que permite a troca e regula o fluxo de informações, produtos e pessoas dentro dos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS;
- *Sistemas de Governança*: entendidos como um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS e em que são definidas responsabilidades, metas e prazos.

(MENDES, 2011)

Esses componentes interagem entre si como demonstrado na Figura 4, sendo o centro de comunicação, pontos de atenção secundário e terciário e sistemas de apoio os nós da rede e os demais as ligações que os comunicam.

Figura 4. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde

Fonte: Mendes (2011)

Os níveis de atenção secundário e terciário são aqueles que oferecem determinados serviços especializados e podem se apresentar diferentes dos estabelecimentos de saúde. Em um mesmo serviço há possibilidade da coexistência de vários pontos de atenção, a depender do tipo de atividade realizada e da população atendida (MENDES, 2010a; 2011).

Contudo, Mendes (2011) chama a atenção para os aspectos diferenciais entre pontos de atenção secundária e ambulatório de especialidades médicas. Quando estruturados enquanto pontos de atenção, a gestão dos fluxos e contrafluxos são realizados pela APS e não de forma autogovernada; há comunicação fluída pela RAS – destaque para a presença de prontuários compartilhados; gestão da clínica; organização dos serviços de acordo com a demanda e não com a oferta; padronização das condutas por meio da utilização de linhas-guias baseadas em evidências; atuação do especialista de forma integrada ao generalista e com os demais profissionais de saúde, realizando uma atenção multiprofissional. A ocorrência desses fatores caracteriza a atuação dos pontos de atenção como parte integrada à RAS, principalmente por sistemas logísticos potentes. O autor aponta, ainda, que os pontos de atenção assumem uma série de funções que vão além das estritamente assistenciais, como supervisão e pesquisa, por exemplo.

Para a realização deste trabalho, há intencionalidade de analisar a assistência à TBMR contextualizando-a e repensando-a como uma Rede Temática, assim aproximando os CR dos preceitos compreendidos como pontos de atenção terciários, buscando seus avanços e desafios nesse sentido, além de descrever como a atenção à resistência se insere na estrutura de controle da TB no Brasil.

Ainda que, devido aos objetivos e métodos empregados nesta investigação, não seja possível analisar os componentes da APS e o cumprimento de seu papel como coordenadora da RAS, acredita-se que analisar os esforços empreendidos ou não pelos outros pontos de atenção fornecerão subsídios para analisar sua atuação na rede.

Além disso, para que a RAS funcione, deve ser direcionada por um Modelo de Atenção à Saúde. Mendes (MENDES, 2010a; 2011; 2012) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS, desenvolvido com base nos Modelo de Atenção Crônica, Pirâmide da Kaiser Permanente e Modelo da Determinação Social da Saúde Dahlgren e Whitehead, apresentado na figura 5.

Nesse esquema, percebe-se a estrutura em cinco níveis de intervenção, sendo que na coluna à esquerda descreve-se a população abordada para cada nível, os focos da intervenção em saúde à direita e uma linha diagonal que estabelece a relação entre a necessidade do cuidado profissional e do autocuidado apoiado.

Figura 5. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Fonte: Mendes (2011)

No MACC, o adoecimento por TBMR assume o quinto nível de necessidade de saúde; sendo assim, necessita efetivas estratégias para a gestão dos casos

3.2 Gestão da Clínica

O segundo ponto do referencial adotado é o de Gestão da Clínica, trazido por Mendes (2011; 2012). Para esse autor, a gestão da clínica é definida como o conjunto de tecnologias de microgestão clínica, que tem como base de construção as evidências científicas e por finalidade a atenção à saúde de qualidade. Entendem-se como características de uma atenção de qualidade: centralidade nas pessoas usuárias; com estrutura visando à efetividade das ações; segura aos profissionais e aos usuários; com eficiência em relação aos custos; oportuna em relação ao tempo de prestação dos serviços; com equidade e humanização.

Desta forma, entende-se que ocorra complementaridade com os conceitos envolvidos na construção da RAS, pois a busca pela qualidade da atenção prestada constitui-se como força motivadora de transformações na estrutura e organização da assistência. Justifica-se, assim, dois referenciais teóricos norteando o presente estudo.

A gestão da clínica foi inspirada em dois outros movimentos: a atenção gerenciada (managed care), nascida nos Estados Unidos, e a governança clínica (clinical governance), mais recente e ocorrida no Reino Unido. Da atenção gerenciada é incorporada a ideia de conjunto de microgestão dos sistemas de saúde e alguns elementos da auditoria clínica, sendo a centralidade

na educação permanente, gestão de riscos e visão contemporânea da auditoria clínica, elementos trazidos da governança clínica. Além disso, é importante destacar alguns outros componentes deste conceito presentes na gestão da clínica, a saber: universalidade, colaboração e foco nos usuários, eficiência econômica e foco na melhoria da qualidade dos serviços.

Tecnologias envolvidas na Gestão da Clínica, são cinco: diretrizes clínicas, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera, disposta de acordo com a figura 6.

Figura 6. As tecnologias de gestão da clínica

Fonte: Mendes (2011)

Mendes (2011) utiliza-se do conceito trazido pelo *Institute of Medicine* (1990) para definir as **Diretrizes Clínicas** como recomendações preparadas sistematicamente com intuito de influenciar as decisões, tanto dos profissionais de saúde como das pessoas usuárias do sistema de saúde, a respeito da atenção apropriada, frente a uma situação clínica específica. Acrescenta, ainda, que as diretrizes são imprescindíveis para a Gestão da Clínica e devem se afastar de recomendações estanques e engessadas, constituindo-se como “trilhas e não trilhos” (MENDES, 2012).

Assim, Diretrizes Clínicas é a tecnologia-mãe que incorpora as outras tecnologias da gestão da clínica. Para o autor, eficazes Diretrizes Clínicas combinam medicina baseada em evidências, avaliação de tecnologias em saúde, avaliação econômica e garantia de qualidade, sendo um processo dialético que envolve a elaboração, implementação, avaliação, revisão,

educação permanente, acreditação dos serviços de saúde, avaliação tecnológica e auditoria (MENDES, 2011).

No que diz respeito à assistência à TBMR, estão estabelecidas Diretrizes Clínicas consolidadas tanto a nível internacional quanto nacional. Em concordância com as recomendações da OMS, o MS, por meio do PNCT, disponibiliza recomendações específicas para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento desta condição de saúde, com revisão periódica de normatizações e estratégias para seu controle.

Há dois tipos de diretrizes clínicas: as Linhas-guia (*guidelines*) – recomendações para todo o ciclo da doença e em todos os pontos de atenção, sendo esse conceito muito próximo dos utilizados pelo SUS como Linhas de Cuidado; e os protocolos clínicos – recomendações específicas para parte do processo e um ponto de atenção. Independentemente do tipo, as diretrizes têm quatro diferentes funções: 1) Gerencial – pois garante a programação e padronização dos processos, diminuindo a complexidade da gestão; 2) Educacional – por meio de educação permanente aos profissionais de saúde e educação em saúde aos usuários; 3) Comunicacional – tanto dentro dos serviços de saúde quanto gerando instrumentos de comunicação entre os profissionais, serviços e usuários; e 4) Legal – já que funcionam também como forma de proteção jurídica aos profissionais e serviços de saúde (MENDES, 2011).

Contudo, Mendes (2011) destaca que somente a existência de diretrizes clínicas não garante sua utilização e que essas funcionam melhor quando em conjunto com outras tecnologias de gestão da clínica e em sistemas que operam em rede. Para o autor, há necessidade de que as diretrizes estejam formalizadas por escrito, de forma clara e de fácil acesso e entendimento, sejam avaliadas e validadas por expertos da área antes de sua publicação, sejam implantadas, avaliadas e, se necessário, revisadas e modificadas.

O uso de diretrizes clínicas permite identificar evidências de seu impacto positivo para melhoria da coordenação das equipes de saúde; padronização da atenção; redução da ocorrência de hospitalizações desnecessárias e redução na duração destas quando ocorrem; aumento da qualidade de vida dos usuários e aumento de sua satisfação com o sistema de saúde; melhora da qualidade da atenção à saúde; melhora dos resultados clínicos; diminuição tanto no uso de medicamentos quanto nos gastos ocasionados pela assistência (MENDES, 2011).

Outra tecnologia importante para a gestão da clínica é a **Gestão das Condições de Saúde**, diferente, portanto, da gestão da doença. É definida por Mendes (2011) como a gestão de uma determinada condição de saúde ou fator de risco, realizada por meio de vários tipos de intervenções (gerenciais, educacionais e de cuidado), visando a melhoria clínica, de forma segura aos profissionais e usuários, com vistas à melhoria da qualidade da atenção.

A Gestão das Condições de Saúde é indicada por Mendes (2011) para o melhor controle dos casos que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e é direcionada a uma população específica. Nesse sentido, essa considera o Modelo de Atenção às Condições, desenvolvido pelo mesmo autor, para o direcionamento do cuidado, pois diferentes estratos têm diferentes manejos clínicos e uma relação diferente entre a necessidade de cuidado profissional e de autocuidado apoiado.

A terceira tecnologia presente na Gestão da Clínica é a **Gestão de Caso** ou *case management*, entendida por Mendes (2011) como um processo cooperativo entre um profissional de saúde – gestor do caso, e o usuário e sua família. Essa tecnologia envolve o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de cuidado e coordenação da atenção à saúde. É indicada para o controle de condições de saúde muito complexas e tem por objetivo uma atenção qualificada, “humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar”, em que o profissional de saúde advogue pelo usuário, propiciando a atenção no serviço certo à pessoa certa e com diminuição da fragmentação da atenção.

Nesse sentido, o gestor do caso é um profissional de extrema importância, cujas competências são permeadas pela necessidade de defender os interesses dos usuários, empoderá-los para o autocuidado e automotivação, facilitar a comunicação com os prestadores de serviços e coordenar o cuidado por todo o sistema de saúde. Mendes (2011) considera ações do gestor a coordenação, mobilização de recursos e monitoramento dos resultados, sendo que esses podem atuar de duas formas, sendo *hands-off*, quando não se envolve diretamente nos cuidados e *hands-on* quando formado por uma pequena equipe multiprofissional que presta assistência também.

São apontadas algumas etapas para a realização da Gestão de Caso: seleção dos casos; identificação do problema – momento em que são identificadas as necessidades e a capacidade dos usuários para o autocuidado apoiado; elaboração e implementação de um plano de cuidado e monitoramento do mesmo – em que se verifica se as expectativas foram atendidas.

Mendes (2011) elenca ainda mais duas tecnologias: Auditoria Clínica – entendida como garantia da qualidade da atenção em saúde, envolvendo vários processos e estruturando um ciclo; e Lista de espera - utilizada para o equilíbrio entre a oferta e a demanda na atenção especializada. Contudo, esses dois aspectos não serão trabalhados nesse momento.

A efetivação do presente estudo apoiou-se nesse referencial, entendendo que o adoecimento por TBMR é uma condição de saúde complexa e que exige remodelação do

sistema de saúde para uma atenção resolutiva. Assim, optou-se por desenvolver uma ferramenta auxiliar à gestão de casos, na modalidade *hands-on*.

4. Justificativa

4 JUSTIFICATIVA

A TBMR é uma condição de saúde complexa no que se refere às manifestações clínicas, ao seu tratamento, capacidade de disseminação e a dificuldade no manejo dos doentes com tratamentos longos. Tendo em vista os resultados obtidos pela padronização das condutas, fluxos e acompanhamento dos casos, evidenciados em estudos internacionais, torna-se imprescindível o estabelecimento de uma ferramenta que subsidie a atenção à doença no Brasil, visando a assistência de forma integral, resolutiva e coordenada nos diferentes pontos de atenção envolvidos.

5. Objetivos

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar a organização da assistência à tuberculose multirresistente, construir e validar uma ferramenta para Gestão da Clínica.

5.2 Objetivos Específicos

- ✓ Examinar como ocorre a atenção à tuberculose multirresistente em Centros de Referência, com base nos fundamentos e elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde;
- ✓ Construir uma ferramenta para Gestão da Clínica dos doentes de tuberculose multirresistente junto aos Centros de Referência e Atenção Primária à Saúde;
- ✓ Validar essa ferramenta com os profissionais de saúde dos Centros de Referência por meio da Técnica Delphi.

6. Materiais e Métodos

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo composto por dois métodos: o primeiro descritivo, exploratório, e o segundo metodológico.

Para realização da etapa descritiva utilizou-se a observação não participante como método de coleta de dados, que permitiu uma descrição densa dos contextos envolvidos no cuidado a essa condição de saúde. Por descrição densa entende-se o relato rico e abrangente, tanto do ambiente em que se desenvolveu a pesquisa quanto das transformações e processos observados (POLIT; BECK, 2011).

Na fase metodológica do estudo foi realizada a investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, com o propósito de elaborar e validar um instrumento de Gestão da Clínica para atenção à TBMR (POLIT; BECK, 2011).

6.2 A Atenção à tuberculose multirresistente no Brasil: análise por meio de observação não participante

Para o alcance do primeiro objetivo específico, que consiste na descrição da atenção à TBMR no Estado brasileiro, foram realizadas visitas técnicas aos CR em quatro regiões: Norte, Nordeste, Sul e Sudeste, totalizando cinco serviços de saúde diferentes e abrangendo a Referência nacional. A escolha pelos Centros considerou a ocorrência de casos de TBMR no território nacional e a necessidade de representatividade de diferentes locais (ALMEIDA; BARBOSA; ALMEIDA, 2013).

As visitas, por sua vez, aconteceram de junho a novembro de 2015, tiveram duração aproximada de três dias em cada CR, sendo conduzidas pelo próprio pesquisador. Utilizou-se como estratégia de coleta de dados a observação não participante, entendida como aquela em que o pesquisador observa uma realidade sem participar diretamente dela, no papel de espectador. É um procedimento de caráter sistemático, consciente, dirigido e ordenado para um fim determinado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para sua realização, inicialmente foi feito contato via correio eletrônico (e-mail) com os coordenadores dos CR ou com as instituições que os abrigavam, no caso Hospitais. Nesse contato era solicitada autorização para visita mediante a explicação do objetivo da pesquisa e as atividades que seriam desenvolvidas/observadas, a saber: interlocução do Instituto com o

Programa Nacional de Controle a Tuberculose, com a Atenção Primária no que tange à coordenação e manejo dos casos; organização, coordenação e fluxo laboratorial para diagnóstico e seguimento dos casos de TBMR; articulação da instituição com os demais Centros do Estado; atuação quanto às atividades de ensino e pesquisa, na capacitação de recursos humanos, além das áreas e temas estudados por meio de investigações científicas; fluxo de doentes atendidos no serviço, da suspeição ao tratamento; utilização do Sistema de Informação; e outras atividades que as equipes considerassem importantes para o melhor conhecimento da Atenção à TBMR presentes no serviço. Posteriormente, eram agendadas as visitas de acordo com a disponibilidade dos serviços e da pesquisadora.

Durante a realização das visitas, a pesquisadora era recebida pelo coordenador do CR ou profissional designado por ele. Nesse momento, novamente eram explicados os objetivos da atividade e traçado um cronograma específico para cada um dos cenários, tendo em vista os serviços ofertados, que variaram entre consultas ambulatoriais com as diferentes especialidades profissionais – médico, enfermeiro, farmácia, psicologia, serviço social, fisioterapia e nutrição; internações; apoio laboratorial; farmácia; dentre outros.

Para melhor aproveitamento da atividade, bem como registro das observações, foi construído um roteiro a ser utilizado nesse estudo que abordou dados relacionados à identificação do Centro; à equipe de profissionais envolvidos na assistência; aos mecanismos de documentação e registros, bem como a descrição dos fluxos e procedimentos relacionados ao diagnóstico, acompanhamento, seguimento, alta e acompanhamento pós-alta (Apêndice C).

Os registros da observação não participante compõem a primeira parte dos resultados do presente trabalho, sendo examinados à luz do Referencial Teórico de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011) e nortearam a criação do material a ser validado.

6.3 Construção da ferramenta de Gestão da Clínica: “Caderneta de Controle do Tratamento”

O segundo objetivo específico compreende a elaboração de uma ferramenta para Gestão da Clínica, mais especificamente para a Gestão do Caso de TBMR pelo CR, tendo em vista sua necessidade de comunicação com outros pontos de atenção, em especial com a Atenção Primária, que irá conduzir o TDO.

Sua construção foi baseada nas recomendações do *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis* (WHO, 2008). Nesse documento, a OMS dedica um capítulo para tratar dos registros a serem realizados com a finalidade de acompanhamento dos

casos, monitoramento do desempenho do programa e os resultados do tratamento, de maneira padronizada. Dentre os relatórios entendidos como essenciais está o Cartão de Tratamento.

Ainda que existam atualizações deste *guideline*, inclusive no ano de 2016 (WHO, 2016), o documento utilizado neste estudo é a versão atual mais completa e que designa questões referentes ao registro e condução dos casos de maneira ampla. Normalmente, as versões mais atuais (WHO, 2011; 2016a) *update*, principalmente do tratamento medicamentoso a ser empreendido e dos novos métodos diagnósticos incorporados.

Compreende-se que o Cartão de Tratamento deva ser preenchido logo após a instituição da terapia medicamentosa específica e acompanhar o doente pelos pontos de atenção nos quais ele transita, sendo atualizado diariamente com a realização do TDO. Admite-se, até, que seja utilizado como formulário de notificação e encerramento do tratamento.

A OMS define, inclusive, os temas, conteúdos e disposição das informações. A saber:

Primeira seção:

- Informações básicas demográficas e clínicas: nome, endereço, sexo, idade, peso e local de contágio;
- Número e data de registo, atuais e anteriores, se houverem;
- Classificação da resistência;
- Tratamentos anteriores para TB, com destaque às drogas de segunda linha já utilizadas;
- Registro das decisões de grupos de especialistas – discussão do caso em comissões e comitês.

Segunda seção:

- Informações de teste de HIV, uso de terapia antirretroviral e fluxos relacionados ao tratamento desta infecção;
- Monitoramento de peso com registro inicial e mensal;
- Monitorização dos resultados de exames laboratoriais.

Terceira seção:

- Diagnósticos médicos além da TB, incluindo diabetes, hipertensão, cardiopatia, HIV, infecções oportunistas, dentre outras;
- Monitoramento e registro de efeitos adversos, com data, efeitos adversos observados/relatados e suspeita de droga (s).

Quarta seção:

- Resultados de teste de sensibilidade, com data de coleta;
- Acompanhamento de resultados de cultura e registro de resultado inicial;
- Monitoramento da radiografia de tórax.

Quinta e sexta seções:

- Regime farmacológico empregado, com registro de alteração de drogas ou dosagem;
- Registro do TDO;
- Resultado de tratamento: registro do desfecho do tratamento medicamentoso e resultados bacteriológicos finais.

(WHO, 2008)

Com base nessas recomendações, foi construída para esse estudo a “Caderneta de Controle do Tratamento”. Este material foi confeccionado após a realização das visitas técnicas aos CR e agregam esforços já em desenvolvimento por esses serviços. Assim, a Caderneta proposta integra as sugestões padronizadas internacionalmente aos contextos e necessidades nacionais, direcionando-se do CR à APS.

Além disso, a organização da Caderneta e escolha da linguagem foram norteadas pelo Referencial Teórico adotado. Desta forma, a Gestão da Clínica guiou a construção do material no sentido de instrumentalizar os doentes para a correponsabilização por seu processo de saúde-doença-reabilitação, formando as bases para realização do autocuidado apoiado, como prevê o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012). Assim, o material proposto foi composto da seguinte forma:

1. Identificação:

- Nome; data de nascimento; idade; números de cartão SUS, SINAN e registro no SITETB, além de TBWEB para o estado de São Paulo; endereço; telefone; e-mail;
- Informações sobre a Unidade de Saúde em que realiza o TDO: nome; nome do enfermeiro responsável; telefone e e-mail;
- Informações sobre o Centro de Referência: programa, endereço, telefone, nome do Gestor do Caso, telefone, e-mail e horário de funcionamento do serviço;

- Dados Clínicos com datas de notificação, diagnóstico e início do tratamento; altura e peso iniciais; padrão de resistência; registro de tratamentos prévios para TB; classificação da resistência quanto a primária ou adquirida; outras condições de saúde, exceto a TB, e medicamentos utilizados para seu tratamento; ocorrência de condições especiais, como gestação e amamentação, por exemplo;
 - Tabela para registro do agendamento de consultas no CR;
2. Apresentação: descrição da caderneta e esquema de organização deste documento;
3. Informações para os doentes e familiares:
- Definição da condição de saúde;
 - Aspectos relacionados ao tratamento: necessidade de uso de medicação injetável, tempo de tratamento, possível ocorrência de efeitos colaterais;
 - Necessidade de avaliação dos contatos e medidas de biossegurança a serem utilizadas;
 - Reforço da necessidade de portar a Caderneta em todos os serviços no qual se insere;
4. Seção de uso dos profissionais de saúde:
- Informações sobre o doente que está adentrando a APS: nome do doente, CR em que realiza o tratamento, data de início e previsão do término do tratamento com programação de drogas a serem administradas (via e quantidade de meses);
 - Descrição do TDO, papel da APS em sua efetivação e da importância acrescida devido a se tratar de um caso de resistência, bem como dicas para melhor condução da terapia;
 - Descrição dos exames a serem realizados para o acompanhamento do tratamento, necessidade de exame dos contatos, medidas de controle da infecção na comunidade;
 - Critérios de cura e acompanhamento pós-cura;
 - Folha de registro de avaliação dos contatos;

- Folha de registro de resultados de exames: baciloscopia, TRM, outros exames laboratoriais, radiografia de tórax, acompanhamento mensal de baciloscopia e cultura;
- Folha de registro de peso mensal;
- Controle do TDO: folha específica para o controle mensal, dividida em dias da semana para anotação do nome do profissional que realizou e carimbo; medicamentos em uso naquele mês;
- Espaço para troca de informações entre os pontos de atenção: CR e APS, com definição na lateral de qual espaço era destinado o preenchimento.

Assim, ao final desta etapa, foi encaminhado aos especialistas pertencentes aos CR, o material a ser validado: uma Caderneta de 76 páginas que acompanharia o doente por todo seu período de tratamento, em todos os pontos de atenção envolvidos em seu cuidado (Apêndice C).

6.4 Validação do material produzido

6.4.1 Técnica Delphi: aspectos conceituais e operacionais

Para o alcance do terceiro objetivo específico foi realizada a validação do material produzido junto aos especialistas nacionais na assistência à TBMR. Parte-se do pressuposto que a existência de *guidelines* da OMS e roteiros de padronizações de condutas nacionais parecem não ser suficientes para garantir o controle da doença nos diferentes locais (D'AMBROSIO et al., 2015).

Tal prerrogativa vai ao encontro da afirmação de Mendes (2011, 2012) no que diz respeito à existência de diretrizes que norteiam como deverá acontecer a atenção a determinadas condições de saúde não asseguram sua implantação e consequente modificação da estrutura do cuidado. Assim, ressalta a necessidade de que os documentos produzidos sejam submetidos à validação. Nesse sentido, optou-se pela validação do conteúdo e temas abordados na Caderneta de Controle do Tratamento junto aos especialistas, utilizando a técnica Delphi.

Tendo seu nome originado da mitologia grega – palavra Delfos, local em que os gregos ouviam as profecias do Oráculo – a técnica Delphi foi utilizada pela primeira vez para fins militares na década de 1950, sendo divulgada cerca de dez anos depois. Essa técnica é utilizada

em várias áreas de conhecimento, principalmente na área empresarial, sociológica, da saúde e na implantação de tecnologias inovadoras (SCARPARO, 2012).

É conceituada como método sistematizado para o julgamento de informações, baseada na opinião de especialistas (*experts*, peritos, participantes, juízes ou respondentes) de determinada área de atuação. Por especialista entende-se a pessoa que seja uma profunda conhecedora do assunto, sendo seu conhecimento obtido por meio da sua formação e/ou especialização acadêmica ou ainda de sua atuação prática (CARDOSO et al., 2005).

A referida técnica consiste na solicitação, coleta, tabulação e avaliação de dados a respeito de um determinado fenômeno por meio da opinião de um grupo de especialistas na área em que o estudo será desenvolvido, buscando-se a obtenção de consenso (PERROCA, 1995; SILVA, 2005).

Sua utilização está prevista na impossibilidade de resgatar dados históricos, nas situações em que os dados são inexistentes, quando há necessidade de efetivação de uma abordagem interdisciplinar ou para estimular a criação de novas ideias (SCARPARO, 2012). Nesse sentido, justifica-se a utilização da Técnica Delphi na presente investigação em uma perspectiva de validação de uma tecnologia inovadora que permitirá melhor Gestão dos Casos.

Segundo Scarparo e colaboradores (2012), por meio da técnica Delphi é possível acessar informações altamente especializadas, em que há interação entre os participantes e o pesquisador, bem como o compartilhamento de ideias e opiniões. Além disso, há outras pesquisas que apontam como vantagens ao uso da técnica a eliminação da influência da interação direta entre as pessoas, estabelecimento de comunicação entre pessoas geograficamente distantes, grande produção de ideias de qualidade e baixo custo para a operacionalização (SPÍNOLA, 1997; WILLIAMS; WEBB, 1994). Sendo utilizada amplamente em estudo com temas e em locais diversos (SINHA; SMYTH; WILLIAMSON, 2011).

O método pressupõe a utilização de um roteiro estruturado para a produção de informações. Trata-se de um conjunto sequencial de questionários de forma que as primeiras respostas a serem obtidas serão consideradas para a reestruturação e obtenção das respostas subsequentes até que se chegue a um consenso aceitável pelos pesquisadores (PERROCA, 1995; BORGES, 1999; SILVA, 2005). A cada uma das etapas de consulta dá-se o nome de rodadas ou *rounds* (SCARPARO, 2012).

São características marcantes dos estudos baseados nessa técnica o anonimato dos participantes, *feedback* das respostas, análise estatística em cada fase de desenvolvimento, bem como a constituição mínima de duas rodadas de consultas (SCARPARO, 2012; SCARPARO et al., 2012). Cardoso et al. (2005) destacam que sua efetivação permite aos especialistas que

conheçam as opiniões de seus pares, possibilita a revisão de opiniões, bem como a convergência e consenso acerca dos temas tratados. A realização de uma pesquisa com uso da Técnica Delphi permite uma relação intensa e interativa entre os participantes, o que oportuniza o crescimento intelectual (ROZADOS, 2015).

De acordo com Williams e Webb (1994), há uma ausência de especificações do nível de consenso antes do envio dos questionários para o grupo de juízes do processo de validação, favorecendo a influência da interpretação pessoal do investigador nos resultados a serem obtidos. Sendo assim, na etapa final da Técnica Delphi, há de se esperar um nível mínimo de concordância de 70% (GRANT; KINNEY, 1992; PERROCA, 1995).

Admite-se que não exista um número prévio estipulado de peritos a compor o painel de juízes. Contudo, há dificuldades referentes à sua composição, já que é difícil identificar os *experts* na temática, bem como a possível existência de problemas relacionados ao retorno dos questionários aos pesquisadores, que muitas vezes culmina em alta taxa de abstenção (CASSIANI; RODRIGUES, 1996).

Além disso, destacam-se como pontos negativos a necessidade de grande conhecimento da temática por parte dos pesquisadores, a fim de criarem um questionário que não seja redundante e que aborde de forma adequada os temas complexos (CARDOSO et al., 2005).

Na utilização da Técnica Delphi, não existe um número ideal a ser estabelecido de peritos (ou juízes). O correto é que sejam levados em conta fatores como custo, natureza do problema e número disponível de peritos para o tema em questão (SPÍNOLA, 1997; PERROCA, 1995).

Na condução do presente trabalho foram seguidas as etapas propostas por Wrigth e Giovinazzo (2000), a saber: a) elaboração dos critérios de seleção e contato com os juízes; b) formulação e aplicação do primeiro questionário; c) envio do primeiro questionário aos participantes; d) tabulação e análise dos questionários recebidos; e) elaboração e envio do segundo questionário; f) tabulação e análise dos questionários recebidos; g) finalização do estudo adotando-se o nível de concordância (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000), nesse caso de 80%.

6.4.2 Seleção e contato dos participantes para composição do painel

De acordo com Spínola (1997), não existe um número ideal de sujeitos participantes, sendo mais importante o grau de especialização. Assim, a seleção da amostra foi realizada por

conveniência, justificada pela necessidade de se obter consenso de ideias especializadas (SCARPARO, 2012).

Devido aos mesmos fatores que levaram à escolha dos cenários para observação da atenção à TBMR, ou seja, a ocorrência de casos no território nacional e representatividade de diferentes locais, os profissionais selecionados para compor o quadro de especialistas foram provenientes dos locais visitados.

Desta forma, foram consultados doze sujeitos, seguindo os critérios de inclusão:

- Possuir pelo menos três anos de experiência na assistência ou pesquisa em TBMR;
- Ter conta de e-mail ativa e responder ao questionário no prazo estipulado;
- Possuir formação universitária.

Foram excluídos do estudo aqueles que não responderam ao roteiro em tempo adequado, após três contatos consecutivos, e aqueles que estavam de férias ou afastados no período de coleta de dados.

6.4.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados junto ao painel de especialistas se deu em duas etapas, com o objetivo de obtenção de, no mínimo, 80% de consenso. Cada uma delas contou com a utilização de um roteiro específico, criado com a finalidade de atender aos objetivos desta pesquisa, e ocorreu entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017.

Os roteiros foram encaminhados para os participantes individualmente, sem que tivessem acesso aos demais sujeitos e suas respostas. As respostas obtidas foram compiladas em planilhas do *Microsoft Excel*® 2016, formando o banco de dados e, posteriormente, analisadas. Essas informações foram acessadas exclusivamente pelo pesquisador e utilizadas somente para a finalidade de responder ao objetivo deste estudo, sendo assim, em nenhum momento serão divulgadas ou utilizadas por outra pessoa ou Instituição.

A etapa de coleta de dados foi realizada no período de julho de 2016 a janeiro de 2017.

6.4.3.1 Primeira etapa: elaboração e aplicação do roteiro, tabulação e análise

Para a primeira etapa do estudo foi elaborado um documento do *Microsoft Excel*®, 2016 denominado “Questionário de Avaliação da Caderneta”. Este questionário constituiu-se como roteiro de coleta de dados da primeira etapa, composto por duas planilhas, sendo a primeira referente aos temas abordados e outra referente à qualidade do documento produzido.

Na planilha referente aos temas, ocorreu a divisão das colunas da seguinte maneira: a primeira coluna foi composta pelos itens a serem avaliados – separados por seções, enquanto as colunas laterais continham o nível de relevância do tema (não relevante, pouco relevante, relevante, muito relevante) a ser assinalada somente uma opção de acordo com a concordância do participante.

Quanto à qualidade da informação produzida, foram avaliados 22 itens referentes ao conteúdo das informações fornecidas aos doentes e familiares e aquelas a serem trocadas entre os pontos de atenção envolvidos em seu cuidado, julgando-se, assim, a completude dos seguintes requisitos: adequação da linguagem, clareza, objetividade, coerência, fidedignidade de informação e completude das informações, sendo os dois itens finais com base nas recomendações da OMS e MS. Ambas planilhas estão presentes no apêndice E.

Os participantes foram contactados pessoalmente durante a realização da visita técnica e já previamente selecionados de acordo com cargo/função, tempo de experiência no CR e formação. Posteriormente, foi realizado contato por correio eletrônico e telefônico para explicação detalhada dos procedimentos de pesquisa (Carta convite – apêndice F). Após o contato com 30 profissionais, 15 formalizaram a intenção de colaborar com o estudo. Nesse momento, foi dado início à primeira etapa de validação da Caderneta, com o envio do material por e-mail pessoal dos participantes.

Além desses documentos, foram enviados um roteiro de caracterização dos mesmos (apêndice G) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice H). O roteiro de caracterização foi preenchido pelos participantes e retornou ao pesquisador via e-mail, enquanto o TCLE encaminhado foi impresso e assinado pelos participantes; após isso, era encaminhado ao pesquisador por correio eletrônico (quando digitalizado pelos participantes) ou enviado por correio convencional.

Foi estipulado o prazo de duas semanas para que os documentos retornassem preenchidos; porém, como apenas 5 questionários haviam retornado o prazo precisou ser estendido por mais 15 dias. No total foi preciso ainda aumentar mais duas semanas o tempo

esperado de recebimento das respostas visto a baixa adesão. Assim, ao final de 45 dias, 12 profissionais responderam à pesquisa e participaram desta etapa inicial. Tendo em vista o longo prazo, foi necessário finalizar essa primeira rodada de opiniões em agosto de 2016.

Após a devolução dos documentos preenchidos, foi realizado o compilamento dos dados em planilha do programa *Microsoft Excel®* 2016 e, sequencialmente, a análise de dados se deu por meio da estatística descritiva, considerando o nível de concordância de 80% ou mais.

Para a planilha dos temas, foram agrupadas as respostas “muito relevante” e “relevante” e quando essas apresentavam a concordância entre 10 dos 12 participantes o item era mantido. Já na planilha de análise do conteúdo, os itens foram considerados separadamente; assim, foram mantidos sem alterações apenas os itens em que 80% ou mais participantes julgaram contemplar totalmente o requisito (linguagem adequada, clara, objetiva, coerente, fidedigna e completa).

Dos 87 itens julgando os temas, apenas 10 foram submetidos a nova apreciação dos especialistas. Contudo, os participantes apontaram a necessidade de rever o conteúdo das informações de 9 dos 22 itens examinados. Desta forma, optou-se por realizar adequações em todos os itens e conteúdos da Caderneta que haviam sofrido algum tipo de crítica nos comentários e observações, bem como construir um novo questionário a ser utilizado na segunda rodada.

6.4.3.2 Segunda etapa: elaboração e aplicação do roteiro, tabulação e análise

A segunda etapa da aplicação da técnica Delphi foi iniciada com a adequação da Caderneta de Controle do Tratamento, sendo que todas as alterações foram marcadas com grifo amarelo para facilitar a visualização pelos participantes. Assim, os temas e/ou conteúdos que não obtiveram consenso mínimo de 80% (considerada a avaliação como relevante e muito relevante) e continham observações feitas pelos especialistas foram modificados para atender às suas recomendações.

Para verificar se as adequações realizadas na Caderneta foram suficientes para garantir uso de linguagem adequada, com completude das informações, clareza, coerência, objetividade e fidedignidade às recomendações foi criado um novo questionário. Esse roteiro foi composto por 21 questões em forma de múltipla escolha, em que deveria ser assinalada apenas uma alternativa por pergunta. Uma questão foi referente à melhor forma de dispor os conteúdos, com a definição de capítulos, outra foi acerca de informações não contempladas na Caderneta e sua necessidade de inclusão, sendo as demais relativas à qualidade das alterações realizadas (apêndice I).

Além disso, foi enviado aos participantes um quadro resumindo os resultados obtidos na primeira etapa do estudo, bem como os encaminhamentos tomados pelos pesquisadores, a fim de que os especialistas conhecessem as respostas obtidas por seus pares e, conseqüentemente, isto propiciasse reflexão (apêndice J).

Os questionários foram enviados aos participantes por e-mail e solicitado o retorno em uma semana. Frente à baixa devolução dos roteiros preenchidos foi necessário aumentar os prazos ainda mais duas vezes, sendo preciso 40 dias para o retorno dos 12 questionários preenchidos. Contudo, desta forma foi garantida participação de todos os participantes nas duas etapas.

Foi realizado o escrutinamento e análise estatísticas dos dados, que permitiu concluir o estudo devido ao estabelecimento de consenso de 80% ou mais entre os itens e linguagem adotada na Caderneta.

6.4.4 Procedimentos de análise

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva das variáveis estudadas, adotando-se a distribuição de frequências. Os resultados foram agrupados em tabelas e quadros. Para apresentação dos resultados, optou-se por fazê-lo conjuntamente à discussão dos achados, a fim de favorecer a compreensão dos aspectos abordados na Caderneta.

6.5 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram obedecidos os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob número CAAE 47893515.7.0000.5393 (Anexo 1). Os sujeitos envolvidos que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE e encaminharam ao pesquisador responsável, seja no formato digital, por e-mail, ou físico, por correio. Puderam, ainda, permanecer com uma via deste documento assinado pela pesquisadora principal e seu orientador. Em todas as etapas do estudo o anonimato dos participantes foi garantido.

7. Resultados e Discussão

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho serão apresentados em dois grandes blocos: a análise em profundidade da assistência à TBMR nos cinco CR visitados e o processo de validação da Caderneta de Controle do Tratamento. Para ambos, optou-se pela discussão dos achados concomitantemente à apresentação dos dados.

7.1 Atenção à TBMR no contexto da RAS

Como já definido no Referencial Teórico, a RAS constitui-se em uma proposta complexa, que combina a concentração de determinados serviços e dispersão de outros, estruturada por fundamentos e elementos constitutivos, guiados pela adoção de um Modelo de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

A fim de garantir o anonimato dos participantes do estudo, os CR não serão identificados nominalmente, nem designados quanto à localização, já que a equipe que o compõe é reduzida e poderia revelar os profissionais ou instituições envolvidas. Cada um deles recebeu a letra “R” e um número de 1 a 5 para a apresentação dos resultados.

Os registros da observação não participante nortearam a construção de relatórios de pesquisa que, por sua vez, compuseram o material analisado. A partir deste momento serão descritos em profundidade os processos envolvidos na atenção à TBMR e sua contextualização na RAS, sendo possível fazer aproximações com seus componentes, ainda que sejam necessários estudos específicos para avaliação de cada um desses elementos.

7.1.1 Fundamentos da RAS na assistência à TBMR

Notou-se uma dispersão dos CR pelos Estados, aproximando-se dos pressupostos de Mendes (2011) no que tange à economia de escala. Assim, nas cinco Unidades Federativas estudadas, a localização dos serviços de saúde de referência para o tratamento dos casos de TBMR encontram-se dispersos, geograficamente, em suas capitais.

No entanto, o CR visitado poderia não ser o único serviço de referência do Estado, pois dependendo da quantidade de pessoas atendidas e que demandavam atenção, da localização e da existência de outras equipes especializadas nas proximidades, outros Centros poderiam estar implementados. Dos cinco municípios visitados, três possuíam mais de uma unidade para tratamento e acompanhamento da TBMR (R2, R3 e R5); em um deles somente o CR do estudo

realizava o cuidado aos doentes daquela região (R4) e o último contava com dois centros em todo o Estado (R1).

Analizando os dados fornecidos quanto à incidência dos doentes que iniciaram o tratamento para TBDR entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015, foi possível evidenciar a importância dos CR estudados para seus respectivos Estados. Nesse período, R1 foi responsável pelo tratamento de 94,9%; R2 de 42,2%; R3 de 37,2%; R4 90,4% e R5 85,3% do total estadual, respectivamente. Para a obtenção deste valor foi realizado o cálculo percentual da quantidade de doentes atendido por cada Centro, comparando com o total de casos de seus respectivos Estados. Deste modo, notou-se uma concentração de recursos financeiros e humanos nos CR para o atendimento da elevada demanda de usuários.

Quanto aos resultados de tratamento, foi percebido um índice de sucesso (cura somado à completude do esquema proposto) bem variado, de 76,8% (R1) a 48,7% (R5), intermediadas por 60,6% (R3); 56,2% (R4) e 54,2% (R2), entre janeiro de 2013 e dezembro de 2015. Todos os dados referentes à essa etapa foram fornecidos por cada um dos Centros, com base nos registros do SITETB, e estão ilustrados na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Centros de Referência de acordo com sua representatividade estadual e resultados dos tratamentos para TBMR iniciados, segundo: índice de sucesso, abandono, falência e óbito. 2013 – 2015

Centro de Referência	Representatividade estadual (%)	Índice de sucesso (%)	Percentual de abandono (%)	Percentual de falência (%)	Percentual de óbito (%)
R1	94,9	76,8	14,2	6,0	3,0
R2	42,2	54,2	25,5	12,2	8,1
R3	37,2	60,6	22,2	12,1	5,1
R4	90,4	56,2	15,3	16,3	12,2
R5	85,3	48,7	41,2	4,7	5,4

Diferentemente da TB em Esquema Básico de Tratamento, que tem uma taxa de sucesso padronizada como meta (85% de cura), as formas resistentes não possuem um índice tão claro. Ainda que a OMS tenha tentado estipular uma meta para os países em que o DOTS-*plus* estava implantado, de 70 a 90%, esta tem se mostrado inalcançável na realidade, ainda que, para países em que esta estratégia está implantada, alguns estudos apontem melhora dos índices. Nas Filipinas, Quelápio et al. (2010) observaram a melhora de 11% no sucesso do tratamento entre 1999 e 2005; na Índia foi percebida uma grande diferença entre as regiões, sendo sucesso de

61% dos casos em uma (Singla et al., 2009) e apenas 37% em outra (Thomas et al., 2007), enquanto na Rússia ficou em torno de 77% (Keshavjee et al., 2008) e no Peru 83% (MITNICK et al., 2003). No entanto, vale lembrar que, em revisão sistemática com metanálise, envolvendo 5.047 doentes tratados nesta estratégia, se observou uma taxa de sucesso de apenas 55,6%, com mortalidade de 12,6% (KIBRET et al., 2017).

No cenário nacional, os números também variam bastante. De maneira geral, em 2015, foi reportada à OMS um índice de sucesso de 52%, entre todos os doentes brasileiros (WHO, 2016b). Contudo, foram identificados índices bem menores que os encontrados nos CR visitados, ainda que em períodos bem distintos (Siqueira et al., 2009) observaram apenas 37,5% de cura entre os doentes tratados em um Centro da cidade do Rio de Janeiro, (GARRIDO et al., 2015) encontraram 45,7% de cura entre os doentes tratados no Amazonas. Da mesma forma, no estado de São Paulo e na cidade de Porto Alegre foram observadas taxas de cura um pouco melhores que as encontradas nos CR visitados, com exceção de R1; naqueles cenários, as taxas foram de 68% e 66,7%, respectivamente (BOLLELA et al., 2016; MICHELETTI; KRITSKI; BRAGA, 2016).

Com a descentralização dos serviços de atenção à TBMR na África do Sul, Brust e colaboradores (2012) observaram uma percentual de 77% de sucesso no tratamento. No entanto, no Brasil, com a atenção centralizada em CR e melhor padronização do tratamento, foram notados importantes avanços. Em Ribeirão Preto – SP, Bollela et al. (2016) fizeram a análise dos doentes atendidos em seu serviço de referência, de acordo com períodos de 2000 a 2003, 2004-2008 e 2009-2012, e notaram um progressivo aumento da taxa de cura (25%, 66,7%, 88,0%, respectivamente) à medida em que ocorreu expansão do número de casos (8, 15 e 25, nos mesmos intervalos de tempo). Tais resultados podem estar relacionados aos avanços nacionais no controle da doença, mas também à melhora daquele serviço, com o aprimoramento da equipe e experiência conseguida na condução dos casos. Nesta perspectiva, há semelhança aos fundamentos da economia de escala, em que se admite uma relação direta entre quantidade e qualidade, já que se acredita que os profissionais de saúde estejam mais capacitados (MENDES, 2011).

Devido à presente investigação não se tratar uma série histórica, outros elementos trazidos nesse trabalho são importantes para analisar a diferença quanto aos resultados e dificuldades enfrentadas. O compartilhamento do TDO com a APS foi o ponto de maior destaque nessa relação. Essa prática, ainda que controversa, para boa parte dos autores está relacionada à melhora da adesão ao tratamento e suporte do doente de TB para obtenção de cura, evitando abandono e resistência aos esquemas terapêuticos (ARNADOTTIR, 2009;

BRASIL, 2011a). Para os casos de TBMR, diversos estudos apontam que sua efetivação está relacionada a melhor suporte emocional para os doentes, menores índices de abandono e a resultados de tratamento mais favoráveis (ACHA et al., 2007; QUELÁPIO et al., 2010; SINGLA et al., 2009; KESHAVJEE et al., 2008; THOMAS et al., 2007).

Diante de uma assistência à TBMR centralizada, os CR apresentam-se, na maior parte das vezes, distantes do local de residência dos doentes. Desta forma, a organização da assistência no Brasil compreende o compartilhamento do TDO com o nível primário de atenção (BRASIL, 2007a ; 2011a). Nesse sentido, os profissionais da equipe R1 apontam a realização dessa estratégia por parte das unidades de saúde do Estado, com o retorno das informações sobre o TDO em impresso próprio, que circula com o doente de um serviço de saúde para outro.

Esse impresso foi estruturado em uma folha única, com uma grande tabela, em que as linhas foram destinadas aos meses do ano e as colunas continham os dias do mês. Os profissionais que realizavam o TDO preenchiam as células formadas com as datas (combinação de mês e dia) com o tipo de atendimento realizado: supervisão, falta, consulta médica ou liberação. Esse modelo continha espaço para anotação de quantos dias os doentes haviam comparecido no mês. Outros dois impressos se juntavam a esse: folha com dados gerais do tratamento, com esquema proposto e orientações para a realização do TDO – horário, dias da semana, desobrigação de jejum para ingesta medicamentosa, lembrete quanto à importância da planilha e telefone para contato com equipe do CR; uma folha impressa para registro dos resultados de exames, além de uma folha para anotação de intercorrências e outras informações. Essa documentação seguia com o doente diariamente à APS e retornava mensalmente à R1 devidamente preenchida, salvo em raras exceções, de acordo com relatos dos profissionais da Referência.

Porém, essa não é a realidade dos outros Centros. Em R2, R3, R4 e R5 foram observadas dificuldades no compartilhamento do TDO e, ainda que a maioria deles tenha instrumentos para controle desta prática, assim como em R1, foi notada a falta de preenchimento adequado ou mesmo ausência de parceria com as unidades de APS.

Em R2 também havia uma pasta de documentos que os usuários levavam pelos diferentes serviços envolvidos em seu tratamento. Nessa pasta eram dispostas uma página contendo orientações para realização do TDO e a forma que os profissionais do outro nível assistencial deveriam proceder o preenchimento do mapa mensal de controle do tratamento. Este mapa era preenchido e renovado todo mês, era composto com um quadro, com células maiores, que possibilitavam a assinatura e carimbo, bem como a anotação da via de administração. Havia espaço para assinalar os medicamentos prescritos e uma tabela abaixo a

ser preenchida com os dados de avaliação dos contatos. Em ambos impressos havia o número de telefone para contato com o CR. Junto à pasta seguia também a prescrição mensal, em formato padronizado. Os enfermeiros da Referência realizavam a supervisão dos registros do TDO, comunicando-se com as coordenações da APS em caso de não preenchimento ou suspeita de anotação de dados incorretos. Como orientado em um dos impressos, os registros deveriam ser feitos diariamente. Contudo, quando preenchidos de forma similar (pelo mesmo profissional, com a mesma cor de caneta, por exemplo) suspeitava-se que estava sendo realizado em um único momento, comprometendo a fidedignidade das informações. Os profissionais do R2 relataram a ocorrência frequente de situações como essa.

Já aos doentes em tratamento em R3 era entregue mensalmente um impresso em folha única contendo informações provenientes do CR (nome do doente, matrícula, SINAN, data de início do tratamento atual, esquema medicamentoso, último resultado de baciloscopia com data, espaço para anotar os dias acordados de realização do TDO, data da próxima consulta e espaço para observações feitas pelo Centro) e outra parte do impresso continha espaço para anotações realizadas pela APS em forma de compilado das informações geradas no mês: total de dias em que foi realizado TDO, com espaço de discriminação do local (unidade de saúde ou domicílio), total de dias em que foi realizado o tratamento auto administrado e dias em que não houve ingesta medicamentosa, com lugar para observações que a APS possa ter. O profissional responsável na atenção primária deveria assinar e carimbar essa folha. Desta forma, não era possível acessar as informações por dias específicos, somente pelo somatório de dados mensais, comprometendo a verificação da fidedignidade. Mesmo assim, a equipe técnica de enfermagem que fazia a inspeção deste documento referia dificuldades desse impresso retornar ao CR, os doentes alegavam ter esquecido ou muitas vezes traziam em branco.

Além disso, ao iniciar o acompanhamento, era entregue aos doentes um contrato de adesão/não adesão do TDO, em que a pessoa em tratamento deveria assinalar se estava de acordo ou não com a realização da supervisão do tratamento, bem como os dias da semana em que esta atividade seria realizada. Os doentes recebiam, ainda, a prescrição medicamentosa para o período em impresso padronizado.

No serviço R4 não havia um modelo de impresso específico para a anotação do TDO, havia consulta com a farmácia clínica e os doentes recebiam impresso sobre os cuidados que deveriam ter com os medicamentos recebidos, benefícios do tratamento e possíveis efeitos colaterais. Os profissionais deste Centro relataram dificuldades em compartilhar o TDO com a APS; por isso, estavam investindo na capacitação do doente para a realização da autoadministração.

Enquanto em R5 havia dois tipos de impressos, uma pequena caderneta a ser utilizada para atendimento junto ao CR, contendo espaço para anotação da data da próxima consulta e da atual, resultado da baciloscopia do mês, drogas prescritas e observações, o outro impresso tratava-se de uma folha com três colunas, sendo a primeira destinada à data e as duas seguintes às assinaturas das pessoas envolvidas: agente de saúde e doente em tratamento. Essa folha deveria ser preenchida diariamente e retornar ao CR para acompanhamento do TDO. Os profissionais dessa unidade também relataram dificuldades quanto a acessar as informações registradas, quando ocorria o registro, a exemplo do que ocorria em R3.

Diante dos diferentes impressos e formas de registro, bem como as orientações quanto à importância e prática do TDO, a “Caderneta de Controle de Tratamento” construída e validada por meio do presente trabalho mescla os avanços dos diferentes CR visitados. Sua estrutura foi desenvolvida de modo a aglutinar todos os possíveis impressos em um só material, permitindo melhor circulação e disposição das informações. Foi escrito um texto destinado aos doentes e familiares sobre a importância do tratamento medicamentoso, realização do TDO junto à unidade de APS e sob responsabilidade dos próprios doentes e familiares durante o final de semana. Aos profissionais da atenção primária foi destinado um espaço para preenchimento da programação do tratamento com as drogas prescritas, vias de administração e período específico; definição da estratégia, descrição das atividades a serem realizadas e pontos chave para condução do TDO, em uma linguagem que buscasse parceria entre os pontos de atenção envolvidos. Além disso, destinou-se à APS a planilha mensal de controle do TDO com orientações para seu preenchimento. Desta forma, as observações propiciaram a construção de uma forma diferente de troca de informações entre os profissionais de saúde envolvidos, integrando os esforços já existentes nos CR.

Por outro lado, analisar a efetivação de uma estratégia de cuidado e controle do tratamento tão importante quanto o TDO pode fornecer elementos para compreender os diferentes índices de sucesso dos Centros visitados. Terra e Bertolozzi (2008) apontam como limitações ao TDO a falta de conhecimento dos profissionais de saúde quanto a estratégia, dentre outros aspectos. Freitas et al. (2013) e Dias et al. (2013) identificaram fragilidades quanto ao conhecimento da própria doença, TB. Em estudo específico quanto à atenção à TBMR, Ballesterio et al. (2014) descreveram que a organização da APS varia de acordo com a capacidade municipal e não com a necessidade dos doentes atendidos, inclusive no que tange ao acompanhamento dos casos.

Nessa perspectiva, acredita-se na prática do TDO como mais que uma atividade burocrática, que muitas vezes assujeita o doente (OLIVEIRA; NATAL; CHRISPIM, 2010),

revela-se como uma tecnologia de cuidado. Para que o TDO cumpra com esse papel, (BERTOLOZZI, 2005) aponta para a necessidade de os serviços de saúde concretizarem-se como espaços que integram usuários e profissionais de forma a favorecer a adesão, transcendendo a abordagem exclusivamente clínica rumo a uma visão integral do sujeito atendido, apoiando-o no enfrentamento das vulnerabilidades e fortalecendo suas potencialidades para a superação do sofrimento, inclusive aquele imposto pela doença.

Ferreira (2014) estudou a adesão ao tratamento da TBMR em um CR da cidade de São Paulo. A autora realizou uma ampla investigação sobre o perfil dos doentes de TBMR que completaram o tratamento proposto, suas características pessoais, de vida, sociais, de trabalho e referentes à saúde, bem como ao processo de adoecimento e os aspectos relacionados à adesão e à assistência prestada. Os resultados do trabalho apontaram para a construção coletiva da adesão ao tratamento, intermediada pela forma que a vida se organiza socialmente e a acessibilidade aos serviços de saúde (FERREIRA, 2014).

Destaca-se, nesse contexto, um importante ponto: a necessidade de que a assistência à TB, e em especial à TBMR, se estruture de forma a permitir a centralidade das ações nas necessidades das pessoas usuárias dos serviços de saúde, independentemente do nível de atenção em estejam inseridas. Essa centralidade nas pessoas aparece de um modo geral no referencial de RAS trazido por Mendes (2011) e de forma específica como estratégia proposta pelo END TB (WHO, 2015).

Nessa perspectiva, focar as ações de saúde nas necessidades dos doentes acometidos por TBMR representa não só realizar o TDO, mas construir vínculo e oferecer subsídios para o autocuidado, visto que, em muitos momentos, os doentes se queixam da presença constante dos profissionais de saúde “invadindo” seus lares e vidas (ALMEIDA, 2012; FERREIRA, 2014). Além disso, os estudos nacionais e internacionais destacam a necessidade de que essa estratégia seja viabilizada por profissionais com perfil adequado, encarando a atividade como prioridade e, desta maneira, atendendo o doente com agilidade, de forma acolhedora e com escuta qualificada, admitindo-se a possibilidade de negociação do espaço em que o TDO acontece, domicílio ou serviço de saúde, de acordo com as necessidades dos doentes (FERREIRA, 2014; SHANKS et al., 2012; BRUST et al., 2012; QUELÁPIO et al., 2010; KESHAVJEE et al., 2008; THOMAS et al., 2007).

Para R4, a dificuldade de compartilhamento do TDO é percebida ainda mais no seguimento de doentes provenientes de regiões metropolitanas. Tendo em vista a realidade enfrentada, os profissionais deste CR acreditam que os municípios pequenos apresentam maior proximidade dos doentes e uma negociação mais próxima à Referência, seja diretamente ou via

Vigilância Epidemiológica local. Enquanto nos grandes municípios é percebida dificuldade de diálogo com os demais profissionais envolvidos na atenção, repercutindo em entraves para o seguimento do doente.

Sabidamente a APS, em especial pautada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), encontra sérios problemas de expansão e sustentabilidade em grandes centros urbanos, devido à complexidade dos contextos políticos, sociais e econômicos em que as famílias se inserem, necessitando de constantes avanços (MENDES, 2002). Isso se deve, em partes, ao fato de as regiões metropolitanas caracterizarem-se por espaços de elevada fragmentação social, com uma população com diferentes níveis de consumo e acesso aos mais diversos serviços, inclusive à saúde, integrando vários modos de “viver e morrer”, que exigem respostas diversificadas às suas demandas (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

Acredita-se que a forma de organização da atenção primária favoreça o controle da TB, pois oportuniza a construção de vínculo entre profissionais e doentes, bem como melhor conhecimento do amplo contexto em que esses sujeitos estão inseridos (SOUZA et al., 2010). No entanto, há necessidade de importantes mudanças na realização do TDO pela APS, a fim de que se constitua como uma estratégia realmente resolutiva. Em estudo realizado no município de São Paulo, Souza e colaboradores (2014) identificaram que, apesar da equipe de APS, em especial os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, operacionalizarem o TDO nesse ponto de atenção, as inovações propostas ao tratamento ainda são incipientes nas rotinas de trabalho (SOUZA et al., 2014). Santos et al. (2011) conduziram trabalho em busca das atividades prioritárias e rotineiras de equipes de ESF em quatro grandes centros urbanos nacionais. Os autores identificaram a priorização de atenção à saúde da criança, saúde da mulher e doenças crônicas não transmissíveis, enquanto a atenção aos agravos infecciosos, entre eles a TB, não se constituíam como prioridade para a maioria dos profissionais envolvidos (SANTOS et al., 2012).

Rodrigues et al. (2014) realizaram revisão integrativa da literatura a fim de identificar as potencialidades, fragilidades e desafios e perspectivas quanto à atuação da APS como coordenadora da atenção na RAS. Os principais achados apontam para dificuldade deste nível assistencial em desempenhar o papel de coordenador do cuidado, problemas de cooperação entre os níveis assistenciais e desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais da APS, ainda que tenham sido observados avanços quanto a integração da ESF com a rede. Os autores acreditam, também, na necessidade a realização de mais estudos para verificar a relação entre a APS e a RAS.

Diante de especificidades tão grandes relacionadas ao controle da TBMR, da complexidade envolvida na condução dos casos e do desconhecimento e falta de priorização da doença pela APS, acredita-se que, para essa condição de saúde, o funcionamento da RAS deveria ser coordenado pelo nível terciário de atenção. Caberia, assim, ao CR o papel central na condução dos casos, assim como padronizado e efetivado no território nacional, enquanto à APS estaria destinada a suspeição dos casos, pautada no conhecimento sobre os fatores de risco relacionados à multirresistência em sua área de abrangência; encaminhamento oportuno dos suspeitos, de acordo com o fluxo do SUS; realização do TDO de forma colaborativa, apoiando o doente para realização do autocuidado; e atenção integral aos demais agravos e condições de saúde que possam impactar na vida dos usuários.

Assim, acredita-se que o estabelecimento de uma Rede Temática para a atenção à TB, abrangendo a TBMR, implique em mudanças quanto ao papel dos níveis assistenciais envolvidos, em relação àqueles entendidos por Mendes (2011). No contexto de atenção à multirresistência seria o CR o ponto de atenção a ocupar protagonismo na condução dos casos, direcionando o fluxo. Porém, as ações devem ocorrer de maneira integrada e coordenada, superando as fragmentações. Caso contrário, a atenção não ocorrerá de forma integral e não será resolutive.

Ademais, a criação de uma Rede Temática que possibilite a assistência à TBMR implica em torná-la acessível. Em todo o Brasil, 48% dos doentes de TBMR não concluem o tratamento específico; soma-se a essa dificuldade a quase metade das pessoas infectadas que nem iniciam a terapia após a confirmação laboratorial de resistência (WHO, 2016b). Assim, para assegurar o controle da condição de saúde é necessário estruturar a assistência de forma a identificar e superar as barreiras relacionadas ao acesso dos doentes ao cuidado efetivo e à sua continuidade, independentemente da natureza do obstáculo – geográfico, econômico, social ou de outra natureza. Essas barreiras se manifestaram de formas diversas dependendo dos contextos, e as alternativas encontradas pelos serviços também se mostraram bem distintas.

Para transpor a dificuldade de acesso geográfico, a equipe de R4 se organizou para que os doentes atendidos tivessem que ir ao serviço a mínima quantidade de vezes possível. Esse CR se localiza em uma grande região metropolitana, é referência para a maior parte de seu Estado e os doentes necessitam percorrer longas distâncias para serem atendidos. Frente à situação, todas as ações referentes ao acompanhamento dos casos (coleta de escarro para baciloscopia e/ou cultura, realização de radiografia de tórax e demais exames, consulta com diversos profissionais: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais) ocorrem no mesmo dia, otimizando a vinda ao serviço.

No entanto, como é demandado tempo considerável para a realização de tantas atividades, os doentes permanecem longos períodos no serviço de saúde, muitas vezes durante todo o dia. Assim, além das dificuldades de acesso físico ao CR, as pessoas em tratamento esbarram em outro tipo de dificuldade: aquela relacionada às condições sociais, em especial quanto à alimentação e transporte. Como R4 é um componente ambulatorial integrado à instituição hospitalar, o coordenador do CR negociou com a diretoria do hospital o fornecimento de refeições para os doentes de TBMR. Desta maneira, oportunizaram que os mesmos permanecessem no local e tivessem condições de aguardar o atendimento completo.

No caso de R2, foi incrementado o fornecimento de alguns alimentos para café da manhã dos doentes que esperavam por atendimento médico, como bolachas, chás e sucos. Essas pessoas chegavam à unidade muitas vezes em jejum ou já há muito tempo sem se alimentar, pois o transporte até o CR demandava bastante tempo. No entanto, tal recurso não era regular na instituição e assim o provimento desses itens também o eram. Além disso, foi informado que por algum tempo eram fornecidas cestas básicas aos doentes em tratamento, mas com a redução de recursos financeiros destinados a tal fim, os alimentos disponíveis na instituição eram provenientes de doações e seu fornecimento ficou destinado apenas àqueles doentes que manifestam dificuldades em garantir sua alimentação e de sua família.

Diante dessas situações foi possível presenciar também o empenho das equipes de Referência a fim de facilitar a situação do doente e de sua família. Especialmente em R4 foi percebido grande esforço pessoal dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, que diante da fala do doente sobre dificuldade financeira para transportarem-se ao CR ou garantir gêneros de subsistência, contribuem economicamente com eles. É sabido que as pessoas acometidas por TB, e em especial por suas formas resistentes, são fruto de condições precárias de vida, alimentação e moradia, muitas vezes impossibilitadas de trabalhar devido à doença (MATOS et al., 2007; MICHELETTI; KRITSKI; BRAGA, 2016). Contudo, ainda que merecedores de grande apreço, os esforços individuais apresentam-se como soluções temporárias, vistas as dificuldades em sua sustentabilidade ao longo dos anos e com as possíveis mudanças na equipe ou processo de trabalho.

Nos demais Centros não foi percebida nenhuma ação nesse sentido, pois esses mecanismos para facilitar o acesso não são medidas padronizadas pelo PNCT e não possuem recursos financeiros destinados à sua efetivação. Assim, estão mais relacionadas às percepções e mecanismos das equipes, bem como sua capacidade de resposta. Ainda que tenha tratamento gratuito e exclusivo no SUS, as diferentes formas de TB relacionam-se a custos aos doentes e suas famílias, pois implicam em recursos financeiros envolvidos no transporte e em horários de

atendimento incompatíveis com o trabalho. Assim, foram percebidos entraves à acessibilidade do doente de TB ao tratamento, pois acarretava em despesas e prejuízos trabalhistas (ARCÊNCIO et al., 2011). Desta maneira, a oferta de incentivos, como cestas básicas, vale transporte, leite e outros está relacionada à melhor adesão ao tratamento da TB (Mazzei et al., 2003; Sánchez, 2007; Arakawa et al., 2011; Queiróz et al., 2012) e também de suas formas multirresistentes (FERREIRA, 2014)

Em outros países também podem ser percebidas as dificuldades financeiras enfrentadas pelos doentes de TB e em especial aqueles acometidos por suas formas resistentes. Nesse sentido, os esforços empreendidos nos diferentes contextos, particularmente nos países pobres, também esbarram na sustentabilidade de suas ações. No Equador, o desembolso de um valor monetário, para que os doentes que aderissem ao tratamento, era realizado de forma irregular pelo governo nacional, muitas vezes com atraso em relação à data prevista (SRIPAD et al., 2014). Na ocorrência de situações como essa há a criação de expectativas nas pessoas atendidas, o que torna sua condição ainda mais difícil frente à impossibilidade de contar com o recurso prometido.

A OMS admite a necessidade de interlocução com o setor privado para a obtenção de melhores resultados no controle da TBMR, principalmente em áreas com alta carga da doença. Quanto a isso, destaca-se a atuação de ONGs e, no cenário da América Latina, a organização *Socios en Salud*, em Lima, Peru. Por meio da execução de seus projetos são realizados incentivos aos doentes em tratamento, construção de módulos pré-moldados para habitação, com ventilação e iluminação adequada; fornecimento de insumos (alimentos, principalmente) até a orientação para inserção econômica dos sujeitos, a depender de seu perfil, motivações e necessidades (MITNICK et al., 2003; SHIN et al., 2004; CHALCO et al., 2006; ACHA et al., 2007).

Infelizmente, ainda não existem iniciativas dessa magnitude no Brasil. Contudo, para o enfrentamento de uma condição de saúde tão complexa, muitas vezes debilitante e com potenciais sequelas é necessária uma atenção voltada para o bem-estar dos indivíduos, centrada nos doentes em tratamento e em que os profissionais e comunidade trabalhem de forma cooperada e complementar. O desafio nacional ganha grande proporção nesse sentido, pois há necessidade de incluir os aspectos sociais e econômicos às políticas de efetivação da assistência à doença, a fim de garantir o estado de direito das pessoas que padecem por TBMR.

Acredita-se que, além de consolidar uma Rede Temática focada na TB, envolvendo a atenção à TBMR, há de se estruturar uma rede de proteção social às pessoas acometidas pela doença. Essa rede de proteção social deverá ser definida a partir dos territórios e das

necessidades dos usuários do sistema de saúde, de forma a transpor os limites disciplinares e organizacionais (FLEURY, 2010), integrando os diversos atores sociais. Em um aspecto mais amplo, há necessidade de incorporação prática do direito à saúde como um direito social, direcionado a esse grupo específico, com o objetivo de reduzir as desigualdades e seu impacto sobre a saúde das pessoas (FLEURY, 2010).

Nesta lógica, pensa-se na pobreza como um fenômeno coletivo, produzido socialmente, definido pela obtenção de rendimentos aquém dos valores mínimos estipulados para garantir as necessidades (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005; FLEURY, 2010) e na desigualdade sendo caracterizada pela apropriação diferente de bens econômicos, políticos e culturais por parte dos indivíduos ou grupos em um determinado local (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005). Esses dois fenômenos interagem entre si, exigem diferentes medidas para seu enfrentamento e existem concomitantemente no processo de adoecimento por TB, impondo a necessidade de condições institucionais para proteção social, em que a intervenção estatal subordina as relações sociais e os interesses particulares ao princípio de justiça social e interesse público (FLEURY, 2010).

Como essa conjuntura (e estrutura) social implica em condições de vida e de acesso à saúde muitas vezes deficitário, percebido nas vivências dos doentes atendidos nos CR estudados, há necessidade de criação de mecanismos permanentes de combate à pobreza. E, além disso, de políticas específicas a esse grupo social, estabelecendo a discriminação positiva desses sujeitos frente a sua condição de vulnerabilidade e garantindo a equidade da atenção (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005). Fleury (2010) defende que a inserção de programas de discriminação positiva em toda a estrutura do SUS contribua para reduzir as desigualdades. E, para Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior (2005) essa estratégia pode revelar-se importante para a obtenção de resultados favoráveis na saúde das pessoas, pois possibilitará desenvolver modos de enfrentamento dos “efeitos produzidos por processos sociais de exclusão”.

Fleury (2010) aponta também para a importância de mudanças na estrutura da dinâmica social e política para que se institucionalize a proteção social. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de implementação de mecanismos efetivos e sustentáveis de financiamento das políticas sociais, estruturadas de maneira estável e irreversível, priorizando o interesse social em detrimento dos particulares. Assim, os benefícios sociais e econômicos concedidos aos doentes de TBMR estariam ancorados em políticas concretas e constantes no território nacional e direcionadas às suas especificidades, incluindo alimentação, transporte e demais aspectos. Outro aspecto importante diz respeito às condições geográficas de acesso aos Centros. R1 se

localiza em um extenso estado que tem dificuldades de acesso físico por terra para vários municípios e vilarejos. Nesse cenário, os profissionais de saúde perceberam a impossibilidade de alguns doentes diagnosticados realizarem as consultas de acompanhamento mensais, pois gastariam mais de um dia para irem e voltarem do CR. Como alternativa, foi criada uma outra referência no Estado, há cerca de 800 quilômetros de R1. A equipe do novo CR foi capacitada tanto pelo Centro visitado quanto pela Referência Nacional e instrumentalizada para realizar atendimento aos doentes provenientes de suas proximidades, facilitando o acesso ao tratamento oportuno.

Tendo em vista que grande parte dos doentes atendidos pelos CR são provenientes de municípios diferentes daquele em que o Centro se localiza, foi verificado nos locais visitados a existência de um acordo informal com os municípios de origem, como forma de garantir o acesso aos CR. Assim, os locais de procedência responsabilizam-se por garantir meios do doente adentrar o serviço de especialidade. Contudo, as formas encontradas para garantia do acesso variaram de acordo com a organização de cada um dos municípios envolvidos e pareceram não seguir nenhum tipo de padronização, algumas vezes ocasionando problemas.

Relacionado a isso, o caso mais notório ocorreu em R2, que se encontra em uma metrópole. Como subsídio para acessar o Centro, há um recurso municipal que disponibiliza transporte, por meio da concessão de “vales”, para os doentes chegarem à unidade de tratamento. Contudo, R2 atende também uma grande área composta por cidades circunvizinhas. Cada um dos municípios destina transporte público, bem como o fornecimento de vale-transporte, aos usuários em acompanhamento nesse serviço. Porém, o transporte fornecido pelos municípios vai até um terminal rodoviário, muito distante do CR, cabendo aos doentes arcar, a partir deste ponto, com os custos do transporte para finalizar o trajeto, já que o recurso de condução dentro dessa cidade é destinado apenas a munícipes, por meio da comprovação de endereço.

Existem outros municípios que fornecem transporte específico para atender às demandas de saúde de seus habitantes. Nesses casos, não foram notadas tais deficiências, pois o trajeto parte de um ou mais pontos do local de origem e vai até os serviços de saúde – ida e volta. Percebe-se, assim, a falta de normatização para o cumprimento das responsabilidades atribuídas aos envolvidos na atenção às pessoas acometidas por TBMR, deixando à livre interpretação dos governos municipais, que parecem se organizar de acordo com sua oferta e não pela demanda. Desta forma, cria-se um entrave à adesão e seguimento, já que em situações de vulnerabilidade econômica, nem sempre há recursos financeiros para o doente adentrar o local de tratamento.

Situações como essas revelam um dos desafios mais atuais enfrentados pelo SUS e diz respeito a descentralização e regionalização, bem como sua efetivação no sistema. Esse processo é marcado por autonomia dos municípios que não contam com medidas eficazes de supervisão, controle de seus processos e distanciamento dos Estados na corresponsabilização pela gestão da rede (ASSIS, 2015). Essa autora defende a criação de mecanismos que garantam maior responsabilização entre dirigentes das regiões e macrorregiões, a importância do estabelecimento de compromissos e contratos das gestões municipais com os usuários, implementação de cooperação política e técnica entre Estado e municípios (visando a organização da atenção nas regiões de saúde), bem como as definições de financiamento com responsabilidade sanitária e social das esferas de poder envolvidas. Foi sentida sobre a assistência à TBMR o impacto e gravidade deste problema e as soluções propostas integram o conjunto de medidas percebidas como importantes para seu enfrentamento.

Mesmo dentro de uma mesma cidade foram vivenciados entraves ao acesso aos serviços de referência. R2 atende muitos casos em que os doentes estão em situação de marginalização social, vivendo em grandes aglomerados e sem endereço fixo. Nesse campo, o serviço social tem papel primordial para conseguir regularização da situação dessas pessoas, que em algumas vezes chegam a não ter nem documentos pessoais. A mesma situação de exclusão foi percebida quanto aos direitos trabalhistas, porque muitas vezes o doente não apresenta condições clínicas que o permitam trabalhar, nem condições laborais normatizadas que o permitam afastamento ou seguro social.

Nota-se, assim, o caráter amplo da acessibilidade aos serviços de saúde, em especial ao nível especializado de atenção. Discutir acesso ao tratamento para multirresistência por TB significa adentrar o campo geográfico, político, econômico, social e cultural da sociedade, e nessa perspectiva necessita de mecanismos de enfrentamento das vulnerabilidades com integralidade. Logo, a atuação do Serviço Social mostrou-se decisiva para a inclusão desses sujeitos, orientando-os em diversos aspectos para a obtenção de seus direitos enquanto cidadãos, atendendo aos doentes de forma integral.

Na maioria dos Centros, os assistentes sociais mostraram-se com atuação marcante enquanto agentes políticos em busca de uma rede de proteção social às pessoas atendidas, e em um deles atuava também no atendimento clínico, junto ao médico e enfermeiro do CR. Com exceção de uma das unidades de Referência, os profissionais do Serviço Social possuíam uma rotina de atendimento aos doentes, sendo que todos aqueles que iniciavam o tratamento deveriam passar por sua avaliação. Além disso, nesses CR, o atendimento do Assistente Social

aconteciam mensalmente, seja por estar convencionado pela equipe ou por demanda dos próprios doentes, que construíram vínculo e tinham acesso facilitado a esse profissional.

No entanto, em um dos Centros foi possível perceber uma atuação mais burocrática dos assistentes sociais. Apesar de bem numerosos na instituição quando comparados aos outros Centros, esses profissionais realizavam atendimento aos doentes em tratamento apenas quando solicitado pelo médico assistente. Nesse local, o acesso ao assistente social não era direto e parecia estar dificultado pela necessidade de encaminhamento médico. Assim, os profissionais da Assistência Social trabalham mais no controle e solicitação de internação hospitalar àqueles considerados inaptos de realizar o tratamento em nível ambulatorial e apresentavam indicação médica para hospitalização de longa duração em instituição especializada.

As competências e atribuições do Assistente Social na equipe que atende à TBMR estão pontuadas no Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2007a), porém a forma de operacionalizar suas ações ocorre de forma diferente a dependendo do CR e dos recursos disponíveis, sejam institucionais, municipais ou estaduais. É definido que esse profissional deveria atuar no diagnóstico social e realizar o cadastro dos doentes em tratamento para receber benefícios financeiros e sociais (auxílio transporte, alimentação, dentre outros). Além disso, no acompanhamento dos casos, deveria discutir possíveis entraves à adesão ao tratamento, acompanhá-los durante o tratamento fortalecendo sua rede de apoio e, na ESF, orientar o ACS na operacionalização da busca de contatos e quanto ao controle de faltosos por meio de visita domiciliar (BRASIL, 2007a).

As recomendações da OMS também abrangem a necessidade de suporte social aos doentes de TBMR. Para a Organização, a atenção à doença requer o fornecimento de *suporte informacional* – relacionado à educação do doente e familiares na compreensão do diagnóstico, tratamento e seguimento; *suporte emocional* – considerando um posicionamento empático dos profissionais de saúde, para o combate ao estigma, fortalecendo a adesão; *suporte material* – para o enfrentamento dos problemas financeiros, sociais, culturais e de discriminação; e *suporte pela companhia* – caracterizado pela possibilidade de um parceiro no tratamento, apontado como ex-doentes já tratados que possam fornecer ajuda e exemplo de condução da terapia, bem como ser um elo social (WHO, 2014). Assim, é possível perceber que há necessidade de enfrentamento de questões amplas para obtenção do sucesso terapêutico.

O início da atuação do Serviço Social no campo da saúde é marcado por sua relação com a TB e seu envolvimento com as equipes responsáveis pelo tratamento e profilaxia da doença, no começo do século XX, nos Estados Unidos (MARTINELLI, 2014). Não por acaso, até os dias atuais a TB está relacionada ao agravamento do estado de pobreza das pessoas

afetadas, especialmente por acometer pessoas em idade produtiva, implicando em impossibilidade do trabalho (ARCÊNCIO et al., 2011). A TBMR, por sua vez, acrescenta dificuldade extra a esse desafio, tanto pelo perfil das pessoas acometidas quanto pelos aspectos relacionados ao tratamento: tempo de duração, drogas envolvidas, prognóstico, dentre outros (FERREIRA et al., 2011; DALCOLMO, 2012; MICHELETTI et al., 2014; BOLLELA et al., 2016; MICHELETTI; KRITSKI; BRAGA, 2016).

Nesse sentido, a atenção à TB e TBMR delineiam-se como um problema complexo que necessita de integração entre os sistemas de serviços de saúde e sistemas sociais e econômicos (MAZZEI et al., 2003). Martinelli (2014) acredita que, para desempenharem adequadamente suas funções dentro das equipes multiprofissionais de saúde, os Assistentes Sociais devem se posicionar e agir de modo concreto e ágil, encarando este lugar como plural, cooperativo e complementar. No que se refere a seu núcleo de competências, esses profissionais estão envolvidos na resolução de questões íntimas, relacionadas a desejos, sentimentos, valores (Martinelli, 2014) e vulnerabilidades das pessoas que atendem, sendo sua atuação de extrema importância para garantir sucesso do tratamento.

De maneira mais ampla, o Serviço Social, como categoria profissional organizada, participou ativamente das lutas em favor da concepção do SUS enquanto sistema de seguridade social pública, democrática e com cobertura universal (MARTINELLI, 2014). Foi possível perceber, junto aos assistentes sociais, falas que remetem exatamente a esse momento histórico e, mais que isso, entendem seu trabalho como movimento de proteção social, resgate da cidadania e promoção do estado de direito dos doentes atendidos.

Em estudo realizado por Mazzei e colaboradores (2003), em um PCT no município de Ribeirão Preto, foram analisados os mecanismos de suporte social aos doentes de TB em tratamento. Àquele momento, os pesquisadores identificaram que a equipe de saúde tinha dificuldade em reconhecer e orientar os doentes quanto aos benefícios financeiros disponíveis, especialmente aqueles que não eram específicos para os portadores da doença. Assim, além de maior capacitação dos trabalhadores de enfermagem quanto a essas questões, a atuação do Serviço Social estaria relacionada a maior acolhimento e suporte social aos doentes.

Na África do Sul, os tratamentos conduzidos ambulatorialmente exigem dos profissionais de saúde alto grau de envolvimento com as famílias e contextos em que os doentes estão inseridos. Assim, o Assistente Social é elemento importantíssimo na equipe de saúde, possibilitando maior contato e enfrentamento de condições de pauperização relacionadas às condições de vida que levaram ao adoecimento por TBMR e às condições do tratamento que os mantêm nessa situação e até leva a maiores prejuízos. Contudo, nessa área de grande miséria,

esses profissionais atuam principalmente com os doentes em situações de ainda maior vulnerabilidade, definida como o comprometimento à alimentação (HELLER et al., 2010). Assim, o Serviço Social constitui-se como importante campo de atuação no controle da TBMR nos diferentes cenários.

Diante de tantos entraves relacionados ao acesso aos CR, vale discutir a importância ou não da centralização da assistência à TBMR. Em países com alta concentração de casos, há indícios de que a atenção descentralizada esteja relacionada ao melhor controle da doença (BRUST et al., 2012; LOVEDAY et al., 2012; SHANKS et al., 2012; HELLER et al., 2010). Contudo, baseado nos indicadores epidemiológicos da resistência por TB no Brasil, acredita-se que o país se beneficia de uma atenção centralizada em pontos de atenção que concentrem recursos físicos e humanos para o acompanhamento adequado dos casos.

Essa afirmação vai ao encontro das prerrogativas de Mendes (2011) quanto à economia de escala, pois acredita-se que serviços específicos, que exigem recursos físicos, financeiros e humanos mais escassos – como é o caso da atenção à TBMR – se beneficiam da organização de maneira concentrada e a distância tem menor impacto sobre o acesso. Contudo, é necessária a implementação de recursos destinados para minimização de barreiras ao acesso, preferencialmente de forma padronizada e ampla, possibilitando algumas flexibilizações a depender do contexto, abrangendo as formas de deslocamento dos doentes aos CR, e incluindo em seu bojo a atuação de protagonista do Serviço Social a fim de reduzir as barreiras relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

Percebeu-se, também, a concentração dos recursos e insumos, como acontece com os novos testes para o diagnóstico da TB e TBDR – Xpert® MTB/RIF, realizado no sistema GeneXpert®. Todos os Centros visitados contam com essa tecnologia diagnóstica. Além disso, todos possuíam laboratórios específicos para micobacterioses, otimizando o cuidado à condição de saúde. O diagnóstico oportuno de TB é essencial para o sucesso do tratamento empreendido e por isso está entre as ações prioritárias relacionadas à sua atenção (WHO, 2016a). A detecção dos casos relaciona-se à interrupção na cadeia de transmissão da doença e ao prognóstico do tratamento, ocorrência de resistência aos fármacos e óbitos (VILLA et al., 2013). Em estudo realizado em seis municípios prioritários para o controle da TB no Brasil, com entrada dos usuários por diferentes serviços de saúde (APS, PCT, Serviços Especializados – SE e pronto atendimento – PA), os resultados apontaram para maior resolubilidade relacionada aos locais especializados (SE e PCT), ainda que a APS e PA fossem os serviços mais procurados. Os autores apontam para necessidade de aprimoramento em aspectos organizacionais do trabalho

para o fortalecimento e integração dos serviços, a fim da obtenção de diagnóstico oportuno da doença (VILLA et al., 2013).

A detecção das formas resistentes adquire uma proporção ainda mais alarmante. Por se tratarem de métodos que despendem mais tempo para dar o resultado, mais caros e disponíveis em unidades de saúde especializadas (DALCOLMO; ANDRADE; PICON, 2007). Mesmo para o uso do TRM, é necessária a confirmação da resistência às outras drogas por meios convencionais (BRASIL, 2014c). Além disso, em estudo realizado na Índia, o atraso no diagnóstico de TBMR esteve relacionado à elevada ocorrência de óbito no primeiro mês de tratamento (29%) (SINGLA et al., 2009).

Acredita-se que a constituição de uma rede laboratorial integrada seja imprescindível para o controle da TBMR nos diferentes contextos (CAMINERO, 2013; WHO, 2016b). No Brasil, ainda serão necessários muitos avanços nesse sentido. A RTR-TB iniciada em 2014 com a incorporação da tecnologia do TRM ainda necessita de ampliação e avaliação quanto ao seu desempenho, tanto no que se refere à TB quanto à TBMR (PINTO et al., 2015; BRASIL, 2015; DUROVNI et al., 2014).

Para a maioria dos Centros visitados estava determinado que o doente deveria ser encaminhado ao serviço quando cultura e TSA demonstrassem resistência às drogas ou com dois TRM positivos resistentes à rifampicina. Porém, foram percebidas algumas diferenças de condutas dependendo do serviço visitado. Em R3, o acesso era bem delimitado e somente conseguiam adentrar aqueles que possuíam os exames comprobatórios; no caso de um doente não os possuir e mesmo assim ter a consulta agendada, ele era contra referenciado para completar os testes laboratoriais e deveria ser referenciado formalmente para adentrar o CR novamente.

Já em R2, a mesma situação era tratada no âmbito local. O usuário era encaminhado ao laboratório presente na instituição, onde realizaria o segundo TRM (se fosse esse o caso), e tinha sua consulta reagendada com o mesmo profissional, no CR, na semana seguinte, quando o resultado estaria disponível. Caso semelhante foi notado em R4, com a flexibilização de pré-requisitos para adentrar o serviço, devido a receio pela equipe de que aquela pessoa desistisse do tratamento ou não conseguisse atenção especializada.

Por meio da análise destas duas situações, observou-se que a forma de atuação de cada CR é multivariada, tendo a equipe autonomia para flexibilizar algumas condutas e processos ou criar regras rígidas de acesso. Chega-se, assim, a um ponto de impasse, dividido entre os benefícios da padronização (já defendida até aqui em diferentes situações) e a possibilidade de engessamento de posturas, gerada no cumprimento à risca das questões padronizadas. De

acordo com Arcêncio e colaboradores (2011), é imprescindível que os profissionais de saúde implementem formas de trabalho menos estáticas e mais delineadas pelas singularidades das populações atendidas.

Nesse sentido, acredita-se que o balizador entre um ou outro ponto da balança seja a centralidade do cuidado na pessoa usuária. Assim, se o sujeito que busca atendimento, estando ele com diagnóstico ou não de TBMR, for tomado como principal objeto das ações dos serviços de saúde e dos profissionais envolvidos na assistência, poderão ser tomadas decisões da forma mais adequada. As políticas de controle à doença vêm propondo a necessidade de ter o sujeito como centro das ações em saúde há muitos anos (Silva, 2016) e para sua efetivação Mendes (2010, 2011) defende que os serviços organizem suas atividades com base na demanda e não na oferta.

Mesmo que Mendes (2011) afirme a necessidade de garantia da economia de escala e do fluxo controlado à atenção especializada, os casos de TBMR necessitam de uma abordagem mais ampla e que passe pelo julgamento das equipes responsáveis, a fim de garantir que as oportunidades não se percam. No caso específico desta condição de saúde, se criar um sistema totalmente fechado e burocratizado, corresponder dificultar o acesso de doentes (ou potenciais doentes), deve-se optar por flexibilizar as formas de entrada nos serviços, mesmo que isso signifique perdas econômicas. Essa afirmação vai ao encontro das colocações deste mesmo autor, que admite o acesso como critério definidor de condutas em situações de conflitos entre os elementos da RAS.

Quanto aos recursos humanos, foram notadas equipes especializadas, sendo a maioria composta por profissionais engajados e qualificados. Em quatro dos Centros visitados foi possível perceber uma equipe altamente preparada e atualizada, com profissionais especializados, presentes em eventos científicos e com produção científica relacionada à problemática. Além disso, foi possível perceber movimentos quanto à discussão de casos clínicos pela equipe multiprofissional e reuniões científicas com o intuito de promover educação continuada em três CR visitados.

Diante da dificuldade de encontrar técnicos com experiência e capacitação adequadas para o manejo dos casos de TBMR, a concentração desses profissionais é necessária. Nota-se, nesse sentido, um esforço da Coordenação Nacional de capacitar as equipes envolvidas no cuidado a essa clientela, principalmente por meio do curso de especialização em Pneumologia Sanitária, ministrado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Um dos CR visitados, além de referência estadual para o manejo dos casos, constitui-se como Referência Nacional. Em relação às atividades desenvolvidas por ele, há destaque para o

cuidado direto prestado e também pelo atendimento a outros Centros por meio de consultoria via telefone, aplicativo de celular e/ou por e-mail, especialmente nas áreas médica e farmacêutica. Acredita-se que essa atividade contribua para o enfretamento da doença e fortaleça as equipes de saúde envolvidas na assistência, por meio do suporte técnico-científico.

A ocorrência frequente de efeitos adversos à medicação, disponibilidade limitada de drogas de segunda linha, risco de aumentar ainda mais o perfil de resistência do bacilo, muitas vezes associadas ao uso e abuso de álcool e substância psicoativas, são fatores que se encontram relacionados às dificuldades de estabelecimento de terapia eficaz e tolerável para TBDR (D'AMBROSIO et al., 2015). Diante de tal quadro, os autores admitem a necessidade de ampliar as ações de controle da doença, por meio da atuação multiprofissional e consulta a especialistas nacionais e/ou internacionais, com maior experiência quanto à prescrição e condução dos tratamentos. Nesse sentido, a experiência brasileira da realização de consultoria à Referência Nacional está em consonância com as recomendações e expectativas globais para o estabelecimento de melhores resultados.

Contudo, D'Ambrosio e colaboradores (2015) versam sobre a necessidade de estabelecimento de uma via formal para que a consultoria ocorra, pois acreditam que os experts gastem grande parte de seu tempo de trabalho ao telefone e respondendo e-mails, sem reconhecimento formal por seu trabalho, formas de monitorar ou apoiar o serviço. Nos artigos analisados na revisão da literatura realizada neste trabalho, duas propostas apareceram: o *Eletronic TB Consilium* e o *Advisory Service MDR-TB*.

No Brasil, a consultoria à Referência Nacional ainda se dá em nível informal, com dispêndio de tempo dos médicos responsáveis em telefonemas, respostas em correio eletrônico ou via aplicativo de conversa em celular, observado durante a realização de visita nesse serviço, bem como aos outros CR que se reportavam a ele. Além disso, foi percebida iniciativa de organização de outras formas de consultoria, por meio SITETB. O processo envolvido na liberação dos medicamentos específicos configura-se como uma medida de apreciação dos esquemas propostos por especialistas e confere maior rigor ao tratamento.

Nesse procedimento, o médico do CR que atende o doente, com base em seu estado clínico, perfil de resistência e padronização nacional estabelecida, propõe um esquema medicamentoso para o tratamento. Os dados referentes ao atendimento, bem como exames de apoio, alimentam uma pasta nominal virtual no Sistema. Com base nas informações contidas no Sistema, um outro médico avalia e verifica a adequação do esquema proposto e, caso esteja de acordo, valida o caso. Somente a partir deste momento é que aquele doente recebe um código e prontuário definitivo no SITETB, bem como ocorre a liberação das drogas prescritas pelo

nível nacional. O médico validador é um profissional com experiência no seguimento dos casos e que atua em outro estado, conferindo imparcialidade e expertise ao processo.

Quanto à integração, tanto vertical quanto horizontal, não foram percebidas iniciativas relacionadas à organização da atenção à TBMR. Contudo, acredita-se que os serviços que atendem aos casos já funcionem de maneira a não gerar retrabalhos. Assim, esses mecanismos não seriam necessários no que tange à assistência às formas resistentes de TB.

Em relação aos processos de substituição quanto à localização, o espaço de cuidado é o ambulatorio, sendo destinados à hospitalização casos muito específicos. Os casos que majoritariamente eram manejados em regime de internação agora passam a ser controlados ambulatorialmente, incluindo alguns casos de TBXDR. Ainda foi percebida necessidade de internação de alguns dos casos, principalmente aqueles relacionados ao alcoolismo, drogadição e situação de rua. A internação em ambiente hospitalar é caracterizada principalmente pelo isolamento físico, necessário em grande parte para o controle de disseminação da doença, e expresso pelos doentes como uma situação de angústia, insatisfação e sofrimento frente à permanência em ambiente hospitalar, assim a atenção ambulatorial representa avanços quanto ao controle da doença (BALLESTERO et al., 2014).

Quanto ao espaço domiciliar e da unidade de APS em que o cuidado certamente se dá, não é possível fazer aproximações, visto o objeto e o método empregados na presente investigação. Contudo, foram percebidas dificuldades por parte da maioria dos CR em compartilhar o TDO. Exceto em R1, nos outros locais foi notada elevada recorrência de ausência de informação quanto à administração dos medicamentos, com dificuldades de retorno ou mesmo relato por parte dos doentes de ausência de supervisão, principalmente na fase de manutenção do tratamento, como já discutido anteriormente.

No que tange ao processo de substituição de competências clínicas foram notadas diferentes realidades. Em um dos cenários estudados, médico, enfermeiro e assistente social atendiam em conjunto os doentes, em um esquema de consulta coletiva, a fim de otimizar o tempo daquela pessoa no serviço de saúde e também as informações repetidas. Para o dia da consulta o espaço de realização do TDO também sofria alteração devido a longa distância ao CR, foi estruturada uma sala para supervisão do tratamento nos dias de consulta, com a finalidade de não deixar o doente perder a dose diária.

Outro aspecto de grande destaque diz respeito à atenção farmacêutica. Em dois Centros, os farmacêuticos ocupavam papel de destaque na condução de consultas aos doentes em tratamento, contribuindo para a adesão à terapia medicamentosa. Esses profissionais realizavam

atendimento aos doentes que iniciavam o tratamento com uma abordagem ampla, buscando a instrumentalização desses sujeitos para coparticipação no tratamento.

Mesmo sendo amplamente discutido a necessidade de garantir suprimento de drogas, que sejam efetivas e de qualidade satisfatória, pouco se remete ao desempenho do profissional farmacêutico nesse contexto. O manejo da TB exige uma abordagem multidisciplinar, na qual o farmacêutico deve fazer parte se envolvendo em diferentes estágios do combate à doença. Muitas vezes, o acesso ao profissional farmacêutico se constitui como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, devendo, portanto, estar atento aos sinais e sintomas da doença para realizar o adequado encaminhamento. Em muitas áreas do mundo, o farmacêutico dispensa medicações que o médico do sistema privado recomenda, devendo estar atento à adequada posologia e ao adequado esquema terapêutico. O desenvolvimento de TBMR está relacionado ao fornecimento errático de medicamentos, sua má qualidade e uso de medicamentos com data de validade expirada; o farmacêutico é essencial na supervisão da medicação desde sua compra, armazenamento, estoque e dispensação (MKELE, 2010).

Farmacêuticos exercem um papel fundamental na gestão dos cuidados à TB, na abordagem e atendimento ao doente. Esse profissional pode avaliar a adequação, eficácia e segurança da terapia antituberculosa, monitorando os doentes e assegurando a adesão ao esquema medicamentoso proposto. Além disso, podem atuar na educação do doente e familiares, bem como do restante da equipe em relação aos resultados esperados da terapia, efeitos colaterais e interações medicamentosas (TAVITIAN; SPALEK; BAILEY, 2003; CLARK et al., 2007).

Ainda quanto à substituição das competências clínicas, observou-se em um dos CR visitados delegação de competências gerenciais de casos dos enfermeiros para a equipe técnica de enfermagem. Em uma grande sala, eram dispostos vários conjuntos de mesas e cadeiras e lá os auxiliares e técnicos de enfermagem realizavam a pós-consulta médica. Nesse momento eram entregues impressos para o controle do TDO, feitas orientações quanto à realização de exames, efeitos adversos, dentre outros. Tudo era realizado pela equipe técnica, sem a intervenção direta do enfermeiro. Nesse sentido, essa conduta pode ser considerada não adequada dado que, muitas vezes, os profissionais que realizam atenção não têm autonomia para resolver os problemas manifestados pelos doentes.

Além disso, foi percebida pela própria equipe a desvinculação do doente ao profissional, pois este é atendido cada vez por uma pessoa, impossibilitando a criação de vínculo. Esse fato gerou preocupações da coordenação médica, que no momento da visita manifestou interesse em solicitar o atendimento do doente pelo mesmo técnico de enfermagem, assemelhando-o ao

papel de Gestor do Caso. Os desdobramentos dessa conduta não puderam ser percebidos nesse estudo, porque ainda não haviam sido colocados em prática no momento da coleta de dados. No entanto, acredita-se que a escala rotativa dos profissionais de enfermagem dificultasse sua execução. Da mesma forma que o ambiente de atendimento sem privacidade limita a profundidade das questões discutidas e até mesmo prejudica a manifestação de aspectos íntimos relacionados às condições de vida dos doentes.

Vários estudos realizados em países em desenvolvimento apontam para a importância do enfermeiro no manejo dos casos de resistência, não só como técnico capacitado, mas como coordenador de equipes, promotor de suporte emocional e psicológico aos doentes. Por meio das atividades da ONG *Socios en Salud*, os enfermeiros peruanos desenvolvem ações assistenciais exclusivas, como administração de medicamentos injetáveis pelo cateter totalmente implantado de doentes de TBXDR; realizam atividades educativas aos doentes, familiares, ACS e técnicos de enfermagem; e, ao lado de profissionais do Serviço Social e Psicologia, realizam atendimentos aos doentes de forma ampla e integral (ACHA et al., 2007; CHALCO et al., 2006; SHIN et al., 2004; MITNICK et al., 2003). No cenário africano, a participação do enfermeiro na equipe agrega vínculo e conhecimento sobre as necessidades de saúde, econômicas e sociais dos doentes e familiares (HELLER et al., 2010).

Ademais, acredita-se no papel do enfermeiro como agente importante na adesão ao tratamento para TB, cuja atuação também está relacionada à criação de vínculo, elaboração e implementação de diretrizes clínicas que permitam a melhor organização do trabalho e contribuir para a diminuição da ocorrência de formas multirresistentes (ANOWAR et al., 2013; CARLSSON et al., 2014). Há um notório exemplo da atuação do enfermeiro de forma sistematizada que diminuiu os casos de TBMR entre as pessoas hospitalizadas em Bangladesh (ANOWAR et al., 2013).

Pressupõe-se que o envolvimento nos cuidados e organização da assistência à TBMR sejam necessários para implementar a condução e gestão dos casos clínicos, sendo essa competência indelegável à equipe técnica, visto as diferenças de formação e autonomia. Assim, o distanciamento deste profissional do cuidado aos doentes e familiares implica em prejuízos ao controle da multirresistência e também à assistência e acompanhamento dos casos. Em contrapartida, sua aproximação dos contextos de vida e espaço que o doente frequenta podem estar relacionados a maior facilidade de compartilhamento do TDO, visto que é outro enfermeiro, agora da APS, responsável pelo acompanhamento do tratamento nessa estratégia.

Contudo, no Brasil, a realidade ainda é diferente. Em estudo realizado por Brunello e colaboradores (2015) verificou-se que a equipe técnica atendeu 99,1% dos doentes de TB, em

esquema básico, especialmente realizando visitas domiciliares (71,5%), enquanto o enfermeiro realizou atendimento a 33% deles. As principais atividades de enfermagem registradas em prontuário foram orientações quanto ao retorno às consultas (84,4%) e pré/pós-consulta médica (69,7%). Os autores identificaram uma realidade próxima à encontrada no CR em questão, com distanciamento do profissional enfermeiro (BRUNELLO et al., 2015).

Assim como na presente investigação, Brunello et al. (2015) veem como negativa a ausência de envolvimento do enfermeiro com o cuidado. Acredita-se que a falta de desenvolvimento de ações privativas deste profissional, como a prescrição de enfermagem, traz prejuízos à organização da atenção à TB. Dentre os principais problemas, destacam-se: dificuldade de elaboração de plano de cuidados voltados às necessidades dos doentes; déficit na coordenação da equipe e geração de indicadores relacionados à assistência de forma mecanizada, obtidos por meio de instrumentos e sistemas de informação, informatizados ou não.

Muito se discute sobre o desfalque de enfermeiros nos serviços de saúde. Rêgo et al. (2015), em estudo realizado na Bahia, evidenciaram sobrecarga dos enfermeiros na APS, o que pode interferir nas ações de controle da TB, já que esses profissionais são vistos pela equipe como agente participativo e decisivo para organização do cuidado. Contudo, nesse trabalho observaram-se equipes com uma estrutura muito semelhante e sem uma relação direta entre a quantidade de trabalhadores e aproximação com a clientela, pois mesmo em locais com apenas um enfermeiro foi possível notar seu conhecimento acerca das pessoas atendidas e atendimento a todos os doentes em tratamento no Centro (RÊGO et al., 2015).

Desta forma, acredita-se que o distanciamento do enfermeiro esteja mais relacionado à organização do trabalho local, perfil e motivação pessoais que a seu contingente. É necessária a investigação ampla desses aspectos; no entanto, acredita-se que questões relacionadas à formação dos enfermeiros e a dificuldades quanto a educação permanente, nos diferentes cenários brasileiros, possa ter relação com tal prática. Barrêto et al. (2013) desenvolveram estudo qualitativo sobre o desempenho dos enfermeiros paraibanos na gestão dos casos de TB e encontraram depoimentos de semelhante distanciamento e superficialidade no cuidado aos doentes, aliados a pouca reflexão sobre a gestão e organização do cuidado durante a formação universitária, evidenciando a necessidade de integração entre as instituições de ensino e de saúde na construção do perfil profissional.

Quanto à dispersão dos CR no Estado brasileiro e sua consequente responsabilização por territórios sanitários, até a coleta de dados da presente investigação, não havia publicações científicas, seja informações vinculadas pelo MS, PNCT ou mesmo por pesquisadores em

artigos científicos. Assim, entendendo que identificar as Referências tivesse caráter muito importante para compreender a organização da assistência à TBMR nacionalmente, foram solicitadas ao MS informações quanto à localização das unidades, apenas nome do serviço de saúde, Estado e município que pertencem.

O pedido foi feito via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), por meio de cadastro de dados pessoais dos pesquisadores. Foi explicitado o interesse nas informações, bem como apresentado projeto de pesquisa completo e parecer do CEP-EERP. Por se tratarem de dados que não identificavam os doentes ou profissionais de saúde envolvidos no cuidado, a resposta positiva foi oferecida em torno de 30 dias. Assim, nos foi fornecida uma listagem de 68 CR identificados via SITETB como Referências Terciárias (anexo 2) e carta de liberação para utilização dos dados fornecidos (anexo 3). Essas foram as unidades habilitadas no Sistema até fevereiro de 2016. Para melhor visualização da distribuição das unidades, foi confeccionado um mapa com recurso do *Google maps* (figura 7).

A organização da assistência à TB, de maneira geral, envolve todos os três níveis assistenciais. No primeiro, está a APS, com Unidades Básicas de Saúde e Unidades de ESF que conduzem os tratamentos de TB sensível, realizam busca dos sintomáticos respiratórios, suspeitam e encaminham casos sugestivos de TBMR e realizam TDO dos casos diagnosticados. No nível secundário estão as unidades de saúde que serão referência para o tratamento e acompanhamentos dos casos em esquemas especiais para hepatopatia, efeitos colaterais maiores, coinfeção por HIV e uso de imunossupressores. O nível terciário é responsável pela atenção às formas resistentes da doença (BRASIL, 2011a). Vale lembrar que a mesma instituição pode sediar mais de um ponto de atenção (Mendes, 2011), como ocorreu em alguns dos CR visitados.

Figura 7. Dispersão dos Centros de Referência para o tratamento da TBMR no Brasil, segundo dados do Programa Nacional de Tuberculose. 2017

Legenda:

1. CENTRO DE SAÚDE: HOSPITAL DIA – CSB 01
2. HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DE GOIÁS
3. CERMAC - CENTRO DE REFERENCIA DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE
4. HOSPITAL SÃO JULIÃO
5. CRIA - ARAPIRACA
6. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFAL
7. IIº CENTRO DE SAÚDE DR. DIÓGENES JUCÁ BERNARDES
8. CENTRO DE SAÚDE ESPECIALIZADO LEONE COELHO LEDA DE FEIRA DE SANTANA
9. CENTRO DE SAÚDE DE ILHÉUS - CAE III
10. HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA
11. HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
12. HOSPITAL PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS
13. HPCF - COMPLEXO DE DOENCAS INFECTO CONTAGIOSAS CLEMENTINO FRAGA
14. HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFPE
15. HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS
16. CLINICA DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA DO H.G. VARGAS
17. HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO
18. CEMAR - SIQUEIRA CAMPOS
19. SAE -SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO RIO BRANCO - AC
20. CENTRO DE REFERENCIA DE DOENÇAS TROPICAIS
21. CREPS CARDOSO FONTES
22. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
23. URES - DR. ISMAEL ARAUJO
24. CEMETRON - CENTRO DE MEDICINA TROPICAL DE RONDONIA
25. HOSPITAL CORONEL MOTA
26. POLICLÍNICA 108 SUL
27. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES
28. HOSPITAL JULIA KUBITSCHK
29. POLICLINICA CENTRAL - PNEUMOLOGIA DE JUIZ DE FORA
30. HOSPITAL DR. JOÃO PENIDO - FHEMIG
31. CEM - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE SETE LAGOAS
32. AMBULATÓRIO AMÉLIO MARQUES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
33. AMBULATÓRIO MARGARETH DALCOLMO / IEDTAP
34. IEDT ARY PARREIRAS / INTERNAÇÃO
35. AMBULATÓRIO DO CENTRO DE REFERENCIA PROFESSOR HELIO FRAGA - APGG
36. HOSPITAL MUNICIPAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA
37. IPEC FIOCRUZ
38. PCTH HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
39. SANATÓRIO PENAL/RJ
40. H NESTOR G REIS - A BRASILIENSE
41. HC UNICAMP - CAMPINAS
42. POLICLINICA II - CAMPINAS
43. HOSPITAL LEONOR MENDES DE BARROS - SÃO CAMILO
44. CADIP – CENTRO DE ATENDIMENTO A DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS E PARASITÁRIAS FERNANDOPOLIS
45. CENTRO DE SAÚDE II CECAP - GUARULHOS
46. UAPS-1- UNIDADE DE ATENDIMENTO AOS PROGRAMA DE SAÚDE 1 - MOGI DAS CRUZES
47. UBS CENTRO DR. JOSÉ TEIXEIRA LIBÓRIO – AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DE PRESIDENTE PRUDENTE
48. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FAEPA - FMRP
49. PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE- SEVIEP
50. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS I - SÃO BERNARDO DO CAMPO
51. CTP DE TISIOL DERM SANIT - SÃO JOSÉ CAMPOS
52. AMB DE ESPECIALIDADES TUCURUVI – ARMANDO PUPO
53. CENTRO HOSP DO SISTEMA PENITENCIARIO
54. CRT/DSTAIDS
55. HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMUSP
56. INST CLEMENTE FERREIRA
57. INST INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS
58. CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA
59. CRE - METROPOLITANO - SETOR DE PNEUMOLOGIA
60. HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
61. HOSPITAL REGIONAL DA LAPA SÃO SEBASTIÃO
62. CENTRO DE REFERÊNCIA DR. BRUNO PIANCASTELI FILHO
63. CENTRO MUNICIPAL DE DIAGNÓSTICO - PARANAGUA
64. ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA
65. HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
66. HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON
67. HOSPITAL NEREU RAMOS
68. UNIDADE SANITARIA DE JOINVILLE

7.1.2 Aproximações com os Elementos Constitutivos da RAS na assistência à TBMR

O alvo das ações em saúde é a população, sendo que na lógica de atenção em redes é colocada sob responsabilidade sanitária e econômica da RAS (MENDES, 2011). Quanto ao CR, foi possível notar grande preocupação e responsabilidade pela população, inclusive flexibilizando as atividades de supervisão e realização do tratamento. Em R4, diante de uma situação peculiar de um dos doentes atendidos, foi disponibilizado o TDO no espaço do CR. O doente de TBMR também era acometido por um grave transtorno mental, o que já havia ocasionado conflitos na unidade de APS e, por isso, não havia possibilidade de que o tratamento fosse realizado naquele espaço. Assim, os profissionais de R4 improvisaram local para administração de medicamento por via parenteral e estavam conseguindo boa adesão ao tratamento. Em outros Centros também foi possível notar mecanismos parecidos, com grande envolvimento das equipes para implementar cuidado integral aos doentes sob sua responsabilidade. Desta forma, acredita-se que as unidades de Referências se responsabilizem pela população atendida.

No que se refere ao comprometimento da APS com essa população, são necessárias investigações específicas, identificando o envolvimento e cumprimento com as ações de controle da TBMR que lhes são atribuídas – suspeição dos casos, realização de exames e encaminhamento oportuno para diagnóstico e condução do TDO aos doentes em tratamento. A identificação desses fatores poderá levar a maiores esclarecimentos sobre a existência (ou não) de controle dessa população, subdivida para essa condição de saúde, pela APS.

Considerando as dificuldades relatadas pelos CR, é possível inferir que existam fragilidades na organização da atenção primária para realização da supervisão do tratamento, como já discutido anteriormente. Quanto à identificação dos prováveis casos, acredita-se que o primeiro passo seja o diagnóstico oportuno de TB; avaliação adequada do doente e seus contatos – com investigação dos fatores de risco para as formas MR e medidas adequadas, como solicitação de cultura de escarro e TSA; e condução apropriada do tratamento em Esquema Básico – realização de baciloscopias de controle e acompanhamento da progressão (ou não) da terapia medicamentosa (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2011a; DALCOLMO, 2012). Desta forma, haverá a seleção de possíveis casos de TBMR de forma rápida e seu encaminhamento aos CR serão de forma oportuna e eficaz.

A estrutura e modo de funcionamento das unidades de APS, em especial aquelas na ESF, apresentam potencialidades para a identificação dos casos e diagnóstico oportuno da TB na população adscrita (SOUZA et al., 2010). Porém, diversos estudos têm demonstrado

dificuldades da atenção primária em realizar o diagnóstico e assim cumprir com seu papel de responsabilização pela população.

Em pesquisa realizada por Silva-Sobrinho e colaboradores (2012) a estrutura da APS não esteve relacionada à diminuição do tempo para diagnóstico da doença em Foz do Iguaçu (PR). Os pesquisadores apontaram fatores relacionados à procura dos doentes pelos diferentes serviços, sendo as unidades de Pronto Atendimento mais buscadas que a APS e também com menor tempo de atraso para o diagnóstico. No entanto, em ambos serviços ocorreu pouca suspeição de TB pelos profissionais de saúde e consequente baixa solicitação de exames que possibilitassem a confirmação da doença. Os serviços mais efetivos no diagnóstico foram unidades e equipes especializadas – PCT (SILVA-SOBRINHO et al., 2012). O mesmo ocorreu em município nordestino, com diagnóstico da doença realizado pelo nível secundário de atenção (PAIVA et al., 2014).

Marcolino et al. (2009) também verificaram dificuldades relacionadas ao diagnóstico da TB pela ESF em município da Paraíba. Os autores constataram que 61% dos profissionais de saúde desses serviços referiram nunca terem realizado coleta de escarro para baciloscopia. Em estudo de Pinheiro e colaboradores (2015), as condições para realização do diagnóstico apareceram como pontos que obstaculizam o controle da doença no âmbito dos serviços da APS, no contexto estudado. Foram evidenciadas, também, dificuldades do ACS em incorporar ações de controle da TB às suas práticas rotineiras nas unidades de saúde (CRISPIM et al., 2012), demonstrando mais uma vez os desafios a serem enfrentados para que a APS se efetive como responsável pela população adscrita para essa condição de saúde, devidamente estratificada quanto aos riscos de desenvolvimento de multirresistência por TB.

As visitas realizadas permitiram a criação de um desenho da estrutura operacional da RAS na atenção à TB, na qual se insere a TBMR, como ilustrado na figura 8. Mendes (2011) acredita que a criação de tal representação ajude do ponto de vista metodológico para melhor compreensão de sua estrutura. Na matriz, o lado esquerdo é composto pelos níveis de atenção à saúde, o centro pelos diferentes pontos de atenção que os compõem e o lado direito pelos territórios sanitários.

Figura 8. Matriz da estrutura operacional da RAS para atenção à tuberculose, 2017

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE		TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde	Referência Nacional		País
	Hospital Geral ou Especializado	Referência Terciária (CR)	Macrorregião
Atenção Secundária à Saúde	Hospital Geral ou Especializado	Referência Secundária	Microrregião
	Programa de Controle da Tuberculose		Microrregião Município
Atenção Primária à Saúde	Unidade Básica de Saúde / ESF		Município Área de abrangência
	Agente Comunitário de Saúde		Micro área

Tal matriz pôde ser desenhada com base nas recomendações do MS (Brasil, 2007a; 2011a) e nas observações registradas durante as visitas, sendo que o fluxo dos doentes até a chegada na referência terciária pode se dar a partir dos outros dois níveis assistenciais, após confirmação de resistência via cultura e TSA ou TRM. Como já discutido anteriormente, a dependendo do CR esse acesso é mais ou menos rigoroso, sendo que alguns Centros estudados admitiram doentes ainda em suspeição diagnóstica, considerando algumas condições específicas.

Notou-se que o Centro Comunicador é o CR. Todos os impressos examinados nos prontuários dos doentes em tratamento e presentes nos serviços de referência revelam que o fluxo de informações parte do nível terciário para a APS – planilha de controle do TDO, impresso com programação de tratamento e recomendações. Os únicos documentos remetidos pela atenção primária estão relacionados ao início da terapia, para que esses sujeitos adentrem

a unidade de referência. Esse fato aponta indícios de que o encaminhamento do doente para tratamento no CR esteja relacionado ao repasse também das responsabilidades sobre eles.

Esse acontecimento novamente distancia a atenção à TBMR das recomendações de Mendes (2011) quanto ao papel dos diferentes níveis assistenciais. Contudo, há compatibilidade com as ideias de necessidade de coordenação pelos serviços especializados. Acredita-se, porém, na importância de que os diferentes pontos envolvidos se comuniquem efetivamente e que a troca de informações seja mais que uma atividade burocrática, contribuindo para a qualidade e continuidade do cuidado prestado.

O referencial de RAS traz especificamente como devem ser desenvolvidas as atividades pelo nível especializado, especificamente o secundário, mas que pode ser extrapolado para o terciário também (MENDES, 2011). Nesse sentido, o quadro 2 traz três colunas, sendo a primeira destinada às características dos centros de especialidades médicas tradicionais, em sistemas de atenção fragmentados; na segunda são apontados atributos de pontos de atenção especializados de uma RAS e na terceira como isso se deu nos CR visitados.

Pelas informações contidas no quadro 2 é possível perceber que o modo de funcionamento dos CR atuais se situa entre as duas modalidades de serviço especializado, ora semelhante ao modelo tradicional e ora dentro da proposta de nível terciário no funcionamento em redes. Os esforços históricos empreendidos na organização da assistência à TBMR no Brasil possibilitaram importantes conquistas: o planejamento das ações de acordo com as necessidades dos usuários atendidos; um sistema fechado e de acesso regulado, cuja atenção se dá de forma multiprofissional, centrada em decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, sustentados por evidências científicas, e em instituições que cumprem funções supervisional, educacional e de pesquisa, além da assistencial.

Assim, para que todos os requisitos sejam cumpridos e a atenção especializada à TBMR funcione na lógica da RAS são necessárias algumas alterações no funcionamento desses Centros que, de modo geral, carecem de mecanismos que garantam a comunicação com toda a rede. Essas mudanças devem abranger o implemento de formas de comunicação mais fluídas entre os outros níveis assistenciais e consequente aproximação entre as equipes de especialistas e generalistas envolvidos na atenção aos doentes, veiculação de informações por meio de prontuários clínicos compartilhados, bem como a maior utilização de ferramentas de gestão da clínica. Nesse sentido, acredita-se que a incorporação à prática clínica da Caderneta de Controle do Tratamento, construída e validada neste trabalho, auxilie no enfrentamento destes problemas, além de ser um mecanismo para gestão clínica.

Quadro 2. Características do Centro de Referência para tuberculose multirresistente comparado ao modelo de Centro de Especialidades Médicas e Pontos de Atenção Especializada de um Rede de Atenção à Saúde

Centro de Especialidades Médicas	Ponto de Atenção Especializada de uma RAS	Centros de Referência para TBMR
Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades	Planejamento das necessidades
Unidade isolada sem comunicação fluida com os outros níveis de atenção	Ponto de Atenção à Saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção	Unidade isolada sem comunicação fluida com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado	Sistema fechado
Acesso regulado pelos gestores de saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS*
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre o especialista e o generalista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra referência, sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre o especialista e o generalista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto	Relação entre o especialista e o generalista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra referência, sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto
Decisões clínicas não articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS	Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede
Não utilização de ferramentas de gestão clínica	Utilização rotineira de ferramentas de gestão clínica	Não utilização (de forma efetiva) de ferramentas de gestão clínica**
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa

* Ainda que o acesso não seja controlado diretamente pela APS, assemelha-se mais a essa prerrogativa

** Visto a dificuldade de compartilhamento do TDO na maioria dos CR

Dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis assistenciais e consequente coordenação do cuidado pelos diversos pontos de atenção envolvidos não são exclusivos da TBMR, TB ou mesmo sistema de saúde brasileiro. Há registro de entraves à assistência coordenada em países como Dinamarca, Suécia e Espanha (Elustondo et al., 2009; Wadmann; Strandberg-Larsen; Vrangbaek, 2009), demonstrando que a atenção contínua, principalmente quando envolve serviços de saúde diferentes, não é uma tarefa fácil.

Em Belo Horizonte, Dias e Giovanella (2013) avaliaram o uso do prontuário eletrônico como ferramenta de continuidade do cuidado entre dois níveis assistenciais: APS e serviço especializado para agravos de saúde cardiológicos. Os resultados apontaram para potencialidades no uso desse dispositivo, ainda que a ferramenta necessite de melhorias quanto ao formato, aumento da capacidade para armazenamento de dados e em relação a agilidade.

Em outro estudo realizado no Rio de Janeiro, dentre os aspectos avaliados como estratégias de consolidação da APS como coordenadora do cuidado na RAS, os pesquisadores identificaram que a continuidade informacional era um fator prejudicado. Ainda que existissem prontuários informatizados nas unidades de saúde, estes não eram compartilhados entre os serviços de diferentes pontos de atenção. Quanto à comunicação entre os profissionais que compõem a rede, quase metade afirma existir mecanismos formais para seu estabelecimento. Contudo, 34,9% dos trabalhadores da APS afirmam nunca ter entrado em contato com os especialistas, revelando uma discrepância entre os dados (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017). Nesse sentido, a Caderneta de Controle de Tratamento apresenta potencialidades quanto à melhoria da coordenação da atenção à TBMR, tanto no CR quanto na APS, ainda que para esse momento não se constitua como ferramenta informatizada.

Acredita-se que, devido às especificidades envolvidas na própria doença, o autogoverno seja um quesito necessário, visto que esse nível continuaria a ser o coordenador das ações de controle da doença, sendo precisas algumas modificações na forma como se dá para atender às necessidades do doente integralmente e não apenas as relacionadas à TBMR. Mesmo na lógica de atenção em redes, admite-se que algumas condições devem ficar sob os cuidados definitivos da equipe de atenção especializada (Mendes, 2011) acredita-se que a TBMR seja uma dessas condições, no entanto necessita de contato com a APS para uma assistência integral aos doentes.

Ainda quanto à comunicação com outros níveis assistenciais, percebeu-se que os CR que estavam inseridos em estruturas hospitalares maiores, principalmente em hospitais específicos para o tratamento de TB e/ou pneumologia apresentavam maior facilidade de contato com as equipes responsáveis pelas internações. Mesmo que a maioria dos casos tenha

condições de tratamento ambulatorial, a hospitalização pode ser necessária. Nesse sentido, R4 e R5 possuíam contato direto com a equipe da internação, conheciam pessoalmente os doentes que viriam para seus cuidados, tinham a possibilidade de discutir o melhor momento para alta e as melhores estratégias de tratamento para cada um deles.

Nos outros CR foi relatada dificuldade em conseguir vaga para internação em casos de necessidade. R1 está localizado nas instalações de um hospital geral, no entanto referiu problemas quanto a esse aspecto também, pois os leitos disponíveis não possuem as condições de biossegurança necessárias para acomodar os doentes, deixando a hospitalização apenas para condições extremas. Essa preocupação revela que a equipe de R1 conhece a história do “surgimento” da TBMR como grave problema de Saúde Pública (FORTES; DALCOLMO, 1997) e realiza suas atividades com responsabilidade pelos usuários atendidos e por toda a comunidade, poupando-a de risco de infecção ou mesmo surto nosocomial da doença.

Quanto aos sistemas de apoio, foi notada importante estruturação, principalmente ligada à utilização do SITETB. No contexto peruano, o uso de um sistema de informação específico para o acompanhamento dos casos de TBMR também se mostrou muito promissor, permitindo melhor condução dos tratamentos e difusão dos resultados, desde o início dos anos 2000. Àquela época, o uso de internet nos países da América Latina era incipiente e estava relacionado a uma série de dificuldades técnicas. No entanto, mesmo assim o sistema utilizado demonstrou potencialidades quanto à sua utilização pelos profissionais de saúde (FRASER et al., 2002). Quando reavaliado em 2013, o mesmo sistema tinha aumentado a gama de atividades, permitindo inclusive o controle da dispensação de medicamentos (FRASER et al., 2013).

Em cenários como o Leste Europeu e Reino Unido, o desenvolvimento de ferramentas que permitissem a comunicação sobre os casos e tratamentos de TBMR se mostraram importantes. E demonstraram semelhanças ao SITETB, pois também permitiam a consultoria a especialistas, mesmo que geograficamente distantes das equipes que conduziam os casos, disposição de dados de forma mais organizada e agilidade na comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado (JORDAN; CULLEN; DAVIES, 2012; D’AMBROSIO et al., 2015).

Estes estudos demonstram a necessidade do uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para melhor atenção à doença e também as potencialidades e adequabilidade do SITETB, visto que suas características e ferramentas condizem com aquelas utilizadas internacionalmente e avaliadas como promissoras. Além disso, pelo que pôde ser observado e posteriormente manuseado, o SITETB contempla os requisitos do SIS pois possibilita coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações

(FONSECA, 2015). Tais ações estão relacionadas a condições oportunas para subsidiar a tomada de decisões, tanto na formulação na avaliação da assistência à TBMR nacionalmente, tanto no modelo atual quanto em seu uso em potencial na Rede Temática específica.

No entanto, foi percebido que em todos os CR o registro de informações no SITETB acontecia paralelamente a anotações em outros meios, como prontuários da instituição (online ou no papel) e outros sistemas, como alguns instituídos nos Estados. Assim, há um volume de trabalho burocrático considerável a ser feito pelas equipes, visto esses sistemas não se comunicam e exigem a alimentação de diferentes instrumentos. O histórico de desenvolvimento e implantação dos SIS no Brasil remete à fragmentação, pois não seguiu uma estratégia ampla e sim ocorreu de acordo com as necessidades específicas de cada área técnica. Assim, resulta, estruturalmente, em redundância quanto às informações e retrabalho dos profissionais envolvidos, devido ao preenchimento do mesmo dado em diferentes sistemas (FONSECA, 2015).

Tais limitações dos SIS levaram à formulação da Política Nacional de Informática e Informação em Saúde, que visa a construção de um Sistema Nacional de Informação articulado e que integre todas as informações em saúde, permitindo a interoperabilidade dos sistemas. O primeiro passo nessa direção foi a criação de um Cadastro Nacional de Saúde, um número único aos usuários do SUS (FONSECA, 2015). Essas iniciativas condizem com os requisitos para a estruturação do Sistema Logístico (MENDES, 2011). Contudo, ainda se encontram em fase inicial e seus resultados ainda não puderam ser sentidos no SUS.

Como o provimento de drogas depende da completude dos dados via SITETB, nenhum dos Centros deixava de utilizá-lo. Contudo, foi possível perceber que a maioria das equipes realizava a anotação nos prontuários ou mesmo em impressos e depois alimentava o sistema com aquelas informações, gerando retrabalho. A exemplo do que ocorre para outras condições de saúde ou níveis assistenciais, ainda é percebido que a utilização do SIS não atinge todo seu potencial (PINHEIRO et al., 2016), tanto em seus componentes assistenciais quanto gerenciais – na tomada de decisões; na assistência, pois na maioria dos CR visitados não é usado como única fonte de dados e na gestão dos casos devido à sua não utilização para consultoria à Referência Nacional, envolvendo ainda o contato pessoal (telefônico ou via aplicativo de celular), como já discutido.

Além das possibilidades de controle dos tratamentos de forma individual, o SITETB permite organização da assistência farmacêutica em todo o país, com controle do estoque nacional, cálculo do tempo médio de pedidos de medicamentos, relatórios gerais de movimentação dos fármacos e lotes a serem expirados ou a vencer. E, também, apoia a

assistência farmacêutica nas ações de farmacovigilância: notificação de efeitos adversos: isoladamente, relacionados a drogas específicas ou a lotes; rastreamento dos lotes e possibilita a criação de relatórios consolidados.

Por meio do sistema é gerenciada a dispensação dos medicamentos, com solicitação e envio aos CR. Os fármacos provêm do PNCT e chegam à Referência Nacional, que organiza e distribui os medicamentos para os diferentes Centros. Entretanto, devido a dificuldades de espaço para o armazenamento, nove CR com grande volume de atendimento estão recebendo as drogas diretamente do Programa; são eles: Hospital Especializado Octavio Mangabeira (BA), Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes (CE), Hospital Sanatório Partenon (RS), Hospital Universitário João de Barros Barreto (PA), Hospital Geral Otávio de Freitas (PE), Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (PE), Instituto Clemente Ferreira (SP), Hospital Presidente Getúlio Vargas (MA) e Hospital Julia Kubitschek (MG).

Os sistemas logísticos são descritos por Mendes (2011) como as soluções tecnológicas de garantem o fluxo e contrafluxo de informações, pessoas e produtos. Assim, muitos dos aspectos referentes a esse componente já foram discutidos, como as dificuldades do transporte dos doentes aos CR, o acesso aos Centros e aos serviços ofertados. O acesso à atenção especializada é regulado, ainda que não pela APS e sim pela própria Referência Terciária. Em todos os CR visitados não havia fila de espera para atendimento, logo todos os doentes devidamente encaminhados recebiam atendimento especializado. Como já discutido, esse acesso poderia ser mais ou menos burocratizado dependendo das formas de organização das equipes. Além disso, destaca-se a falta de prontuário informatizado que permita a troca de informações sobre o doente nos diferentes pontos de atenção envolvidos em sua assistência. Diante da falta de tal ferramenta, os CR criavam alguns impressos que pudessem subsidiar e apoiar o cuidado, como já discutido anteriormente.

Ressalta-se, aqui, a possibilidade de adequação do próprio SITETB para se constituir como prontuário informatizado. Essa ferramenta permite a incorporação e posterior visualização de informações relacionadas à identificação dos doentes (dados pessoais), informações sobre o caso (dados de tratamentos anteriores, informações quanto à notificação – data e unidade de saúde, perfil de resistência); exames complementares realizados (sorologia anti-HIV, baciloscopia, TRM, cultura de escarro e TSA, raio-x); informações referentes ao acompanhamento – dados das consultas (evolução – favorável, estável ou desfavorável; TDO; procedimento cirúrgico, peso, altura e IMC, profissionais responsáveis pelo atendimento); informações adicionais (comorbidades, avaliação dos contatos, reações adversas aos

medicamentos, observações); tratamento medicamentoso (programado e administrado – registro do TDO) e resumo do caso (apresentação em tabela da evolução dos resultados e exames e perfil de sensibilidade).

Tendo em vista os fundamentos do prontuário clínico, acredita-se que o SITETB esteja próximo de se constituir assim. O sistema concentra a maior parte das informações de escopo que configuram o prontuário (identificação da pessoa usuária, exames complementares, diagnóstico e evolução clínica) e necessita que estejam melhor definidos os espaços para anamnese e exame físico. Ainda que permita o acompanhamento do esquema medicamentoso completo, precisaria evoluir no sentido da incorporação de um plano de cuidados amplo que permita o acompanhamento integral do doente, bem como a possibilidade de geração de prescrições eletrônicas – que até o momento não está possível. Além disso, necessitará incorporar algoritmos decisórios e mecanismos para geração de relatórios clínicos, visto que relatórios de gestão, módulo gerencial para controle administrativo e epidemiológico e possibilidade de realizar geoprocessamento dos dados já são possíveis (MENDES, 2010b).

Contudo, o principal avanço a ser empreendido diz respeito à possibilidade de compartilhamento das informações com os demais níveis assistenciais, de forma longitudinal por toda a rede envolvida em seu cuidado. Atualmente, essa base de dados nominal tem acesso regulado, por meio de cadastro e senha pessoal, e seu uso é destinado aos profissionais das referências secundária e terciária. As equipes de APS não utilizam o sistema. Uma outra possibilidade seria a adequação da ferramenta para que permitisse acesso dos profissionais do nível primário de atenção, com espaço para a troca de informações referentes àquele doente ou mesmo permitindo que a APS alimentasse os dados referentes ao TDO e avaliação dos contatos diretamente, evitando erros ou perda de informações.

Quanto ao cartão da pessoa usuária, constituinte do sistema logístico, foi possível perceber a presença de múltiplas formas de localização dos doentes: número de prontuário via SITETB, número Sinan e o próprio cartão SUS, sem contar os códigos dos prontuários médicos de cada uma das instituições e seu provável número de identificação na APS (individual e/ou familiar), mais uma vez demonstrando a existência de diversas maneiras de registro das informações, sem comunicação entre os sistemas de informação ou serviços de saúde.

O conceito de RAS e sua aplicação no cenário nacional são fatos recentes, já que as iniciativas remetem praticamente de 2010 em diante. Assim, sua estruturação no contexto brasileiro ainda é incipiente e os estudos que a avaliam começam a ser desenvolvidos. No que se refere à organização da assistência para TB sensível aos medicamentos, foi realizada avaliação da capacidade da APS em coordenar a RAS em um município do interior de São

Paulo (TOUSO, 2015). No trabalho, a autora avaliou essa capacidade relacionando-a com as interações evitáveis pela doença. O estudo ecológico desenvolvido evidenciou uma boa capacidade em relação aos elementos População, APS e Sistemas de Apoio, e regular quanto ao Sistema Logístico, demonstrando similaridade com os resultados alcançados na presente investigação, em que o componente mais fragilizado foi o sistema logístico. Assim, o controle da TB, incluindo as formas resistentes, carece de maior articulação entre as tecnologias necessárias ao cuidado, bem como um sistema de governança que atue de forma integradora.

Quanto ao modelo de atenção à saúde, acredita-se que o MACC seja o mais apropriado para atender às demandas dos doentes. Assim, o nível 1 continuaria composto pela população geral; nível 2 por subpopulações com fatores de risco (alcoolismo, drogadição, baixa escolaridade, tratamentos prévios para TB, casos da doença na família); nível 3 por doentes de TB em esquema básico; nível 4 doentes de TB em condições especiais (coinfecção pelo HIV, esquemas especiais) e nível 5 pelos casos com resistência às drogas, sendo as condições mais graves de TBMR e TBXDR.

Quanto ao fortalecimento das ações para o autocuidado, foram notados alguns movimentos, sobretudo em R4, que manifestou grande dificuldade de compartilhamento do TDO com a APS, optando por capacitar os doentes para a autoadministração do tratamento. No entanto, acredita-se que, de uma forma geral, os CR ainda apresentam dificuldades em apoiar o autocuidado, seja por sua própria dinâmica de funcionamento, a necessidade de TDO ou fragilidades quanto a comunicação com a atenção primária. Assim, acredita-se que a Caderneta de Controle do Tratamento possa subsidiar as equipes e sensibilizar os doentes e familiares para a corresponsabilização quanto ao tratamento e controle da doença.

7.2 Validação da Caderneta de Controle do Tratamento

Tendo em vista a importância da Gestão de Casos no MACC e na organização da atenção na RAS, bem como suas especificidades na assistência à TBMR, foi desenvolvida a Caderneta de Controle do Tratamento como ferramenta para essa tecnologia de cuidado.

Os dados estão apresentados de modo a caracterizar os juízes participantes do estudo e os resultados dos aspectos que obtiveram consenso em cada uma das rodadas de opiniões.

7.2.1 Caracterização dos juízes

Inicialmente, foram identificados 30 possíveis juízes. Contudo, devido a elevada demanda de trabalho, profissionais em licença saúde ou férias, bem como aposentadorias, 18 participantes foram inviabilizados de participar. De acordo com Wright e Giovinazzo (2000), são notadas dificuldades quanto à adesão dos participantes nessa fase, admitindo variações de abstenção entre 30 e 50%. No caso da presente investigação, a abstenção foi ainda maior (60%).

Assim, o quadro de especialistas que avaliou a Caderneta elaborada foi composto por 12 profissionais de saúde: quatro enfermeiros, quatro médicos, dois assistentes sociais e dois farmacêuticos. Como já discutido na descrição da assistência à TBMR, esses profissionais desempenham importante papel na equipe multiprofissional, sendo que sua participação no estudo se relaciona a maior validade das informações produzidas e veiculadas na Caderneta.

Atuam, ainda, na equipe do CR outros profissionais de saúde de nível superior. Contudo, apenas os pertencentes a essas categorias aceitaram participar do estudo. Mesmo que os demais trabalhadores do Centro possam agregar importantes contribuições para o documento elaborado, acredita-se que a composição do painel de especialistas corresponda aos profissionais com maior vivência no cuidado aos doentes e com contato mais próximo a eles, seus familiares, autoridades sanitárias e demais profissionais que os assistem na APS.

Houve um predomínio do sexo feminino (11 participantes). A idade variou de 33 a 63 anos, com média de 48,17 anos. Quanto à formação, o tempo de formação na graduação esteve entre 06 e 34 anos, sendo em média 21,50 anos. Todos os participantes possuíam pós-graduação (PG), sendo a maioria (8) do tipo *lato sensu* (residência médica e/ou especialização) e os outros 4 possuíam, além desse tipo, *stricto sensu*, como mestrado e doutorado. As áreas de PG relacionadas à temática de interesse para o presente estudo foram: Saúde Pública (1); Epidemiologia (1); Pneumologia e/ou Pneumologia Sanitária (9), Infectologia (1) e Gestão (1), sendo que três profissionais, além das áreas de interesse, apresentavam PG em outras especialidades. Desta forma, cinco participantes possuíam mais que um curso de PG.

Esses dados remetem a um quadro de participantes capacitados que aliam a prática clínica à adequada formação, visto que todos buscaram especialização por meio de realização de cursos de PG. Destaca-se a formação na área de Pneumologia e Pneumologia Sanitária, visto os esforços da Coordenação Nacional em capacitar os trabalhadores dos CR no curso de especialização do Centro de Referência Professor Hélio Fraga, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz.

O curso oferecido possui duração de 500 horas e tem como objetivo capacitar profissionais de saúde a analisar criticamente, planejar, promover ações e gerenciar programas de controle e desenvolver vigilância epidemiológica no âmbito da TB. Quanto ao tempo de formação, há presença de profissionais que terminaram há poucos anos sua formação e outros graduados há mais de 30 anos; avalia-se como um bom aspecto a presença de ambos perfis, vistas as vantagens trazidas pelas visões mais contemporâneas e a experiência na condução de casos.

Participaram profissionais de saúde de todos os CR visitados. O tempo de atuação na instituição variou de 03 a 34 anos (média: 15,50 anos), sendo o tempo especificamente na atenção à TBMR menor equivalente a 03 anos e o maior de 20 anos (média 10,25 anos). Dentre os sujeitos do estudo, quatro ocupavam cargos administrativos junto ao CR e quatro atuavam também na pesquisa relacionada à problemática estudada. Mais uma vez, é possível perceber uma grande variação entre os tempos de atuação com a temática estudada, novamente avalia-se como benéfica ao presente estudo essa diferença, vistas as vivências e possíveis inovações a serem trazidas pelos participantes.

7.2.2 Processo de validação: consenso na primeira rodada de opiniões

Na primeira etapa da validação do material produzido em forma de Caderneta foram apreciados 87 temas, sendo alguns deles apenas para preenchimento de dados e outros (22) que continham informações escritas e deveriam ser avaliados quanto à qualidade da redação.

Os temas foram julgados em 11 grandes blocos, a saber: identificação do doente (9 itens); identificação da unidade de saúde da APS (4 itens); identificação do CR (4 itens); dados clínicos (11 itens); agendamento das consultas no CR (1 item); registro da avaliação dos contatos (8 itens); resultados dos exames (10 itens); acompanhamento do peso (1 item); planilha mensal de controle do TDO (7 itens); julgamento dos temas presentes na Caderneta (informações destinadas a doentes e familiares e informações para os profissionais de saúde, somando 25 itens) e temas não abordados, porém trazidos pelo guideline da OMS como importantes (7 itens).

Para o julgamento da relevância dos temas, foram consideradas conjuntamente as respostas “muito relevante” e “relevante” e adotados como necessários na Caderneta os itens que receberam 80% de consenso ou mais. Quanto aos temas, 76 foram considerados relevantes.

Além disso, os juízes possuíam espaço destinado a sugestões e comentários que achassem pertinentes. Para apresentação das observações registradas e visando a garantia o

anonimato dos sujeitos, os participantes foram codificados com a letra P e um número que variou de 0 a 12.

Em relação às informações que visavam identificar os doentes, unidades de saúde e profissionais envolvidos na atenção, apenas dois necessitaram de nova avaliação. A tabela 2 apresenta os valores de consenso e porcentagens obtidas em cada um dos itens.

Tabela 2. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de identificação de doentes, profissionais e unidades de saúde na Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Muito relevante e irrelevante		Pouco relevante e irrelevante	
		N	%	N	%
Identificação dos doentes	Nome	12	100,00	0	0,00
	Data de nascimento	12	100,00	0	0,00
	Idade	11	91,67	1	8,33
	Cartão SUS	10	83,33	2	16,67
	Nº SINAN	11	91,67	1	8,33
	Nº SITETB	10	89,33	2	16,67
	Endereço	12	100,00	0	0,00
	Telefone	12	100,00	0	0,00
	Celular	12	100,00	0	0,00
Identificação Unidade de Saúde Atenção Primária	US do TDO	12	100,00	0	0,00
	Enfº do TDO	12	100,00	0	0,00
	Telefone da US	12	100,00	0	0,00
	E-mail do enfermeiro da US	9	75,00	3	25,00
Identificação do Centro de Referência	Indicação de um Gestor do Caso	7	58,33	5	41,67
	Telefone	11	91,67	1	8,33
	E-mail	10	83,33	2	16,67
	Horário de funcionamento	10	83,33	2	16,67

No entanto, os comentários e sugestões realizados pelos participantes apontaram alguns problemas. Quanto à identificação dos doentes, foi apontada a necessidade de alteração sistemática da idade, impossibilidade da unidade de APS acessar o SITETB e necessidade de acrescentar espaço para anotação de telefone de um familiar do doente a fim de contatá-lo com maior facilidade e do horário de funcionamento do serviço de Atenção Primária. Um dos juízes comentou:

“A maioria das referências contam com mais de um profissional, acredito que é mais importante indicar a equipe ou o serviço”.

(P11)

Por meio deste dado e com base na dinâmica de trabalho observada nos CR, foi possível refletir mais uma vez acerca da existência ou inexistência do Gestor do caso. Ainda que Mendes (2011) reconheça a necessidade de designar um responsável pela condução do tratamento, que deve ser o Gestor do Caso e que no SITETB também seja definido esse papel, a realidade dos Centros e o entendimento dos profissionais sobre essa questão se mostrou diferente. Parece que há uma confusão entre o papel de gestão dos doentes e de prescritor da terapia medicamentosa. Assim, para esse momento optou-se por reconhecer a fala do expert consultado e não insistir na denominação.

Quanto aos dados clínicos, registro do agendamento das consultas no CR e registro da avaliação dos contatos, apenas um dos itens obteve menos de 80% de consenso: o registro da altura. Esta informação foi acrescentada à Caderneta por acreditar-se na importância do conhecimento da altura dos doentes por parte dos profissionais que o assistem, especialmente no que concerne ao cálculo do índice de massa corporal (IMC). Contudo, há dúvidas de que esse seja um dado importante à equipe de saúde. A tabela 3 apresenta o consenso obtidos nesses blocos de informações.

Tabela 3. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de dados clínicos, registro de agendamento de consultas e avaliação dos contatos na Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Muito relevante e irrelevante		Pouco relevante e irrelevante	
		N	%	N	%
Dados clínicos	Data da notificação	11	91,67	1	8,33
	Data do diagnóstico	11	91,67	1	8,33
	Data do início do tratamento	12	100,00	0	0,00
	Altura	6	50,00	6	50,00
	Peso inicial	10	83,33	2	16,67
	Padrão de Resistência	11	91,67	1	8,33
	Quadro para tratamentos anteriores	10	83,33	2	16,67
	Tipo de resistência	11	91,67	1	8,33
	Comorbidades	12	100,00	0	0,00
	Medicamentos em uso	11	91,67	1	8,33

		(exceto para TB)				
		Condições especiais	12	100,00	0	0,00
Agendamento de consultas no CR	Tabela para registro das datas de consultas	12	100,00	0	0,00	
	Nome	12	100,00	0	0,00	
Avaliação dos contatos	Idade	11	91,67	1	8,33	
	Tipo de contato	12	100,00	0	0,00	
	Avaliado (data)	12	100,00	0	0,00	
	Tratamento para TB latente (data de início)	12	100,00	0	0,00	
	TB esquema básico (data de início)	12	100,00	0	0,00	
	Tratamento TBMR (data de início)	11	91,67	1	8,33	
	Orientação (data)	11	91,67	1	8,33	

Os juízes apontaram comentários referentes a existência, no SITETB, de dados referentes às datas de notificação e diagnóstico dos casos e necessidade de rever a permanência de tais informações na Caderneta, visto a duplicidade. Sugeriu-se também a inclusão de dados quanto à contracepção, revelando a preocupação em uma atenção integral por parte do profissional, pois considera além da interação medicamentosa entre antibióticos e anticoncepcionais, a necessidade de olhar para o potencial agravamento da condição de saúde de um doente que venha a engravidar.

Nos blocos de informações relacionadas aos resultados dos exames, acompanhamento do peso e planilha mensal de controle do todo, todos os itens foram julgados como relevantes por 80% ou mais dos juízes, como aponta a tabela 4. Além disso, não foi registrado nenhum comentário ou observação em relação a eles.

Tabela 4. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de resultados dos exames, acompanhamento do peso e planilha mensal de controle do TDO na Caderneta de Controle do

		Tratamento			
Conjunto de informações	Item	Muito relevante e irrelevante		Pouco relevante e irrelevante	
		N	%	N	%
Resultados de exames	Exames iniciais	10	83,33	2	16,67
	Baciloscopia	12	100,00	0	0,00
	Cultura de escarro	12	100,00	0	0,00
	Teste rápido molecular	12	100,00	0	0,00

	Teste de sensibilidade às drogas	12	100,00	0	0,00
	Outros exames	10	83,33	2	16,67
	Acompanhamento radiológico	11	91,67	1	8,33
	Exames bacteriológicos de acompanhamento	12	100,00	0	0,00
	Baciloscopia mensal	11	91,67	1	8,33
	Cultura de escarro	12	100,00	0	0,00
Acompanham ento do peso	Tabela para registro do peso mensal	10	83,33	2	16,67
	Espaços para dias da semana	11	91,67	1	8,33
	Espaços para assinatura	11	91,67	1	8,33
	Espaço para carimbo do profissional	10	83,33	2	16,67
Planilha mensal de controle do TDO	Medicamentos prescritos/ a serem administrados	12	100,00	0	0,00
	Instruções para o preenchimento	11	91,67	1	8,33
	Espaço para observações destinadas ao Centro de Referência	11	91,67	1	8,33
	Espaço para observações destinadas à Atenção Primária	11	91,67	1	8,33

Em relação aos assuntos presentes na Caderneta, que se referem a informações destinadas aos doentes e seus familiares e também aos profissionais de saúde, foram julgados dois aspectos: a relevância dos temas, avaliados na primeira planilha (tabela 5) e a qualidade da redação produzida.

Tabela 5. Consenso dos juízes quanto à relevância dos itens de temas presentes na Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Muito relevante e irrelevante		Pouco relevante e irrelevante	
		N	%	N	%
Apresentação da caderneta	Apresentação da caderneta	11	91,67	1	8,33
Informações destinadas aos doentes e seus familiares	Definição da doença	12	100,00	0	0,00
	Descrição do tratamento	12	100,00	0	0,00
	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento	11	91,67	1	8,33
	Informações sobre os efeitos colaterais	11	91,67	1	8,33

	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento	12	100,00	0	0,00
	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento	11	91,67	1	8,33
	Medidas de cuidados intradomiciliar	11	91,67	1	8,33
	Informações sobre avaliação dos contatos	12	100,00	0	0,00
	Medidas de controle da infecção em comunidade	11	91,67	1	8,33
	Dados sobre o conteúdo da caderneta	10	83,33	2	16,67
	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta	12	100,00	0	0,00
	Informações para os profissionais de saúde	10	83,33	2	16,67
	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)	10	83,33	2	16,67
	Importância do TDO	10	83,33	2	16,67
Planilha mensal de controle do TDO	Definição do TDO	9	75,00	3	25,00
	Dicas sobre a condução do TDO	10	83,33	2	16,67
	Medidas para o acompanhamento do tratamento	11	91,67	1	8,33
	Quadro com exames necessários e frequência	10	83,33	2	16,67
	Necessidade de exame dos contatos	11	91,67	1	8,33
	Responsabilidade de exame dos contatos	10	83,33	2	16,67
	Definição de passos para avaliação dos contatos	10	83,33	2	16,67
	Possibilidade de contato com o Centro de Referência para discussão do tratamento dos contatos	10	83,33	2	16,67
	Medidas de controle da infecção	11	91,67	1	8,33
	Critérios de cura e acompanhamento	11	91,67	1	8,33

Foram obtidos 80% ou mais de consenso quanto à relevância de todos os itens avaliados exceto quanto à definição do TDO (75%). As sugestões levantadas por um dos juízes apontaram para o conhecimento por parte dos profissionais da APS acerca de seu papel e da importância da supervisão direta da ingesta medicamentosa:

“Acredita-se que o funcionário conheça previamente o TDO. Também estão extensas as informações e não serão absorvidas de uma forma boa. Sugiro reduzir ou resumi-las”. (P11)

Como já discutido na apresentação da descrição da assistência à TBMR, a maioria dos CR apresentam dificuldades em compartilhar o TDO com a APS. Visto isso, julgou-se necessária a incorporação de definições detalhadas quanto à importância e formas de efetivação desta estratégia. Contudo, 25% dos especialistas consultados acreditam que o profissional da Atenção Primária já tenha conhecimento sobre o tema. Assim, optou-se por questionar novamente os juízes quanto a importância e pertinência de manter a definição.

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

Foram considerados com escrita de qualidade os itens que não necessitavam de adequação, aqueles apontados por 80% ou mais especialistas como “contempla o requisito” em todos os aspectos (adequação da linguagem, clareza, objetividade, coerência, fidedignidade e completude das informações). Conforme ilustrado na tabela 6, 13 itens obtiveram o consenso estipulado e não necessitaram de reelaboração.

Tabela 6. Consenso dos juízes quanto à qualidade da redação da Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Contempla o requisito		Outra resposta*	
		N	%	N	%
Informações destinadas aos doentes e seus familiares	Definição da doença	9	75,00	3	25,00
	Descrição do tratamento	2	16,67	10	83,33
	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento	10	83,33	2	16,67
	Informações sobre os efeitos colaterais	6	50,00	6	50,00
	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento	12	100,00	0	0,00

Informações para os profissionais de saúde	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento	11	91,67	1	8,33
	Medidas de cuidados intradomiciliar	10	83,33	2	16,67
	Informações sobre avaliação dos contatos	7	58,33	3	41,67
	Medidas de controle da infecção em comunidade	9	75,00	3	25,00
	Dados sobre o conteúdo da caderneta	12	100,00	0	0,00
	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta	12	100,00	0	0,00
	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)	10	83,33	2	16,67
	Importância do TDO	12	100,00	0	0,00
	Definição do TDO	11	91,67	1	8,33
	Dicas sobre a condução do TDO	11	91,67	1	8,33
	Medidas para o acompanhamento do tratamento	12	100,00	0	0,00
	Recomendações para o acompanhamento do tratamento	11	91,67	1	8,33
	Recomendações quanto ao exame dos contatos	9	75,00	3	25,00
	Processo de investigação dos contatos	9	75,00	3	25,00
	Informe sobre a responsabilidade da busca e exame dos contatos	9	75,00	3	25,00
	Medidas de controle da infecção	9	75,00	3	25,00
	Critérios de cura e acompanhamento pós-cura	12	100,00	0	0,00

* Outra resposta: “contempla o requisito, mas necessita de alteração mínima”; “incapaz de contemplar o requisito”; “não contempla o requisito”.

Quanto à definição da doença foi sugerida a retirada do termo “infelizmente” na frase “infelizmente, você está doente”, sem outras menções à necessidade de alteração dos conteúdos nesse item.

Foi notado baixo consenso (16,67%) quanto ao texto produzido acerca do tratamento medicamentoso. Esse fato se deve à mudança no esquema medicamentoso ocorrido em agosto

de 2016, por meio da Nota Informativa número 08 daquele ano, emitida pela Coordenação Geral do PNCT.

Além de definir uma nova modalidade a resistência à rifampicina (TBRR), identificada por meio do TRM, esta nota dispõe sobre o esquema padronizado para o tratamento das diversas formas classificadas de resistência. A principal alteração diz respeito à duração da fase intensiva, que passa a ser de oito meses, com uso de capreomicina injetável três vezes por semana (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, um dos juízes destacou:

“Na página 10 da caderneta está escrito em orientações ao paciente que os medicamentos injetáveis serão utilizados por 6 meses e, após esse período, serão suspensos. Entretanto, na nova revisão do Manual do MS já estarão incluídas modificações no período de uso do injetável - de 6 para 8 meses (no esquema inicial para TBMR). Alguns pacientes também usam injetáveis por 9 a 12 meses (casos de falência de tratamento para TBMR ou casos TB-XDR). Portanto, não creio adequado colocar o período de uso do injetável (que, na verdade, é o maior temor dos pacientes em relação ao tratamento), porque poderá ocorrer conflito de informações entre o que está sinalizado na caderneta e a orientação de tempo de uso pelo médico assistente” (P4)

A descrição dos efeitos colaterais também não atingiu consenso satisfatório (50,00%). Alguns especialistas apontaram que o detalhamento de efeitos complexos pudesse dificultar a adesão do doente à terapia. Além disso, foi sugerida a revisão dos dizeres acerca do uso de vitamina.

Outros itens relacionados às informações destinadas aos doentes e familiares que não obtiveram consenso foram: informações sobre a avaliação dos contatos (58,33%), medidas de controle da infecção em comunidade (75,00%) e recomendações quanto ao exame dos contatos (75,00%). Os problemas apontados quanto a esses itens referem-se a prejuízos na clareza e uso de linguagem de difícil acesso a esse público-alvo e necessidade de especificar o tipo de máscara que o doente deverá utilizar.

Ademais, foi sugerida a inclusão de lembrete e formas de registro de avaliação periódica dos contatos, tendo em vista a necessidade do exame e procedimentos adequados para garantir o controle da doença.

“As avaliações de contatos de TBMR deveria ser não apenas pontual, na ocasião da identificação de caso índice de TBMR. Assim, sugiro orientação quanto à necessidade de avaliação sistemática do contato periodicamente ou a qualquer surgimento de sintomas respiratório. Avaliar a necessidade de incluir esse alerta para o profissional, da necessidade dessas avaliações periódicas (podemos estipular periodicidade semestral ou anual, além de a qualquer momento se ocorrer sintomas respiratórios). Quase nunca detectamos casos entre contatos de TBMR no momento da primeira avaliação.” (P4)

Em relação às informações destinadas aos profissionais de saúde quatro itens receberam nível de consenso insatisfatório: recomendações quanto ao exame dos contatos, processo de investigação dos contatos, informe sobre a responsabilidade da busca e exame dos contatos, medidas de controle da infecção, todos com 75,00%.

Quanto às informações referentes aos contatos, as necessidades de modificações estiveram relacionadas a sugestão de incluir data final do tratamento indicado e importância da avaliação periódica dos contatos. Relacionado às medidas de controle da infecção, foi destacada a necessidade de adequação da linguagem e descrição dessas medidas de forma clara e objetiva.

Os aspectos descritos quanto ao TDO obtiveram consenso satisfatório (importância, definição, dicas sobre a condução e medidas para o acompanhamento do tratamento). Contudo, um dos especialistas apontou uma importante contribuição:

“O horário para supervisão do uso dos medicamentos não deve ser "engessado" em até 10:00. Isso dificultaria a operacionalização do TDO, pois no início da manhã o fluxo de outros pacientes para a UBS costuma ser intenso”. (P4)

Desta forma, sugeriu que possibilitasse a flexibilização do horário de realização desta prática, visando maior adesão.

Foram registradas também sugestões pontuais como a troca do termo “medicação” por “medicamento”, inclusão de um dos fármacos ao pé da planilha de controle do TDO e a correção da palavra “piridoxina” que estava grafada de forma incorreta. Tais apontamentos demonstram atenção dos participantes a todos os aspectos da Caderneta, com análise crítica e ampla do material produzido.

Foram julgados ainda seis itens apontados pelo *guideline* da OMS como importantes e que, a priori, não estiveram presentes na Caderneta. Conforme aponta a tabela 7, somente o item “unidade de notificação/vigilância” foi considerado relevante por 80% dos participantes do estudo.

Tabela 7. Consenso dos juízes quanto os itens presentes no guideline da Organização Mundial da Saúde e que não estiveram presentes na Caderneta de Controle do Tratamento

Conjunto de informações	Item	Muito relevante e irrelevante		Pouco relevante e irrelevante	
		N	%	N	%
Temas não abordados	Raça/Cor	5	41,67	7	58,33
	Ocupação	8	66,67	4	33,33
	Escolaridade	7	58,33	5	41,67
	Possível local de contágio	5	41,67	7	58,33
	Unidade de Notificação/Vigilância	10	83,33	2	16,67
	Monitoramento dos dados de laboratório (exames gerais, TGO, TGP)	9	75,00	3	25,00
	Monitoramento dos sinais vitais	9	75,00	3	25,00

Um dos especialistas apontou:

“Informações no sistema, algumas não são condizentes com acompanhamento ambulatorial” (P3).

Para facilitar a visualização aos juízes foi criado um quadro com as respostas obtidas e os apontamentos realizados pelos pesquisadores para adequação às suas opiniões (Apêndice F). Nesse documento foram destacados os itens e temas julgados; aqueles que deveriam permanecer, pois obtiveram 80% ou mais de consenso; itens que deveriam ser sujeitos a nova análise; os comentários e sugestões encaminhados pelos especialistas e os encaminhamentos realizados pelos pesquisadores. Nenhum dos comentários foi identificado, preservando o anonimato dos participantes.

Uma crítica importante relacionada ao material produzido referiu-se ao volume de páginas presentes na Caderneta, como elemento dificultador de sua incorporação pelos serviços de saúde.

7.2.3 Processo de validação: consenso na segunda rodada de opiniões

A segunda etapa tem início após a tabulação dos dados obtidos na primeira rodada. O quadro desenvolvido foi enviado por e-mail aos participantes que, por sua vez, tiveram oportunidade de conhecer o posicionamento do grupo (apêndice F).

Além disso, a Caderneta de Controle do Tratamento foi revista, a fim de atender às sugestões dos especialistas quanto aos temas abordados e principalmente relacionadas ao seu conteúdo, visando a qualidade da redação.

Assim, foi encaminhada via correio eletrônico, a cada um dos participantes, uma nova versão na Caderneta, com as alterações marcadas com realce amarelo, o quadro de respostas da primeira rodada e um novo questionário para avaliação da versão atual do material com adequações.

Diante das críticas quanto à quantidade de páginas referentes ao material produzido, os participantes foram questionados sobre a melhor forma de o adequar, garantindo aplicabilidade à prática clínica. Quatro alternativas foram propostas e cada uma recebeu o seguinte índice de aprovação pelos participantes: separação em dois materiais diferentes, com uma parte endereçada aos doentes e familiares e outra aos profissionais (50%); deixar as planilhas de acompanhamento do TDO avulsas para serem entregues e recolhidas mensalmente (41,67%); possibilitar o uso parcial, a critério de cada um dos CR (8,33%) ou reduzir o conteúdo, com espaço aos juízes para apontar os temas que deveriam ser retirados (nenhuma resposta).

Não foi obtido consenso sobre a melhor estratégia a ser utilizada. Contudo, ainda que a quantidade de páginas seja algo considerável (76 no total), mais de 63% (48) delas estão destinadas ao acompanhamento do TDO. Seriam, assim, espaço suficiente para as anotações referentes aos 18 meses de tratamento e mais 6 meses, em caso de necessidade de expansão do tratamento, cada mês com uma página destinada à planilha e outra para a troca de informações entre o CR e unidade de APS.

Diante da falta de consenso para divisão da Caderneta, optou-se por mantê-la da forma em que foi idealizada, visto que atende às recomendações da OMS e a aplicabilidade do Referencial Teórico da Gestão da Clínica (WHO, 2008; MENDES, 2011).

Outra questão diferente das demais presentes no formulário foi a última delas, referente às informações não abordadas na Caderneta: raça/cor, ocupação, escolaridade, possível local de contágio, exames laboratoriais e sinais vitais. Também não foi obtido consenso igual ou superior a 80% dos participantes. Eles possuíam as seguintes opções: “acho importante todas”; “acho desnecessárias todas”; “acho que deveria acrescentar somente” (com espaço para anotarem os itens que achavam necessários). Frente a isso, os pesquisadores optaram por deixar um espaço para observações destinado a anotações que a equipe de saúde julgar importantes.

Após as alterações realizadas nos conteúdos abordados, foram elaboradas questões em que os especialistas julgavam se o texto produzido foi redigido de maneira clara e objetiva ou

se necessitava de alterações, sendo que para algumas questões havia espaço para a descrição de que modificações ainda seriam necessárias.

Para todos os temas foi obtido consenso igual ou superior a 80%, como mostrado na tabela 8. Assim, considerou-se que todas as modificações empreendidas foram suficientes para garantir clareza, objetividade, completude das informações, em linguagem adequada, tanto no que diz respeito às informações destinadas aos doentes e familiares quanto aos profissionais de saúde do CR e APS.

Tabela 8. Consenso dos juízes quanto às alterações realizadas na Caderneta de Controle do Tratamento, segundo os temas abordados

Tema	Modificação	Pertinente		Necessita de alterações	
		N	%	N	%
Identificação do doente	Idade à lápis, espaço para telefone de familiar e horário de atendimento da Unidade de Saúde	12	100,00	0	0,00
Identificação Unidade de Saúde Atenção Primária	Nome do enfermeiro responsável à lápis	11	91,67	1	8,33
Identificação do Centro de Referência	Substituição de “Gestor do Caso” por “Profissionais responsáveis”	12	100,00	0	0,00
Definição da doença	Retirada do termo “infelizmente” da frase “infelizmente você está doente”	11	91,67	1	8,33
Descrição do tratamento	Retirada da quantidade de meses prevista para administração de drogas injetáveis e condicionamento do tempo de tratamento à evolução do caso e julgamento da equipe responsável	10	83,33	2	16,67
Informações sobre os efeitos colaterais	Reformulação das informações, abrangendo apenas os efeitos mais comuns (vômito, náuseas e artralgia)	11	91,67	1	8,33
Medidas de controle da infecção em comunidade	Reformulação: “Enquanto estiver com os exames positivos é preciso que use uma máscara para cobrir a boca e o nariz ao sair de casa”	12	100,00	0	0,00
Informações para os profissionais de saúde	Reformulação da frase que explica aos profissionais da APS a possibilidade de contato com o CR para discussão dos casos	10	83,33	2	16,67

	Inclusão do lembrete de responsabilidade da APS pelo transporte dos doentes ao CR	12	100,00	0	0,00
	Alteração do lembrete sobre a necessidade avaliação periódica dos contatos	12	100,00	0	0,00
	Reformulação das orientações quanto às medidas controle da TBMR nas unidades de APS	10	83,33	2	16,67
Planilha mensal de controle do TDO	Retirada do horário para realização do TDO pela APS	12	100,00	0	0,00
	Inclusão de espaço para anotação das datas finais de tratamento e reavaliação	11	91,67	1	8,33
Avaliação dos contatos	Orientação quanto ao preenchimento à lápis das datas de avaliação dos contatos para atualização	11	91,67	1	8,33

Além disso, foi verificada junto aos profissionais a necessidade de manter as seguintes informações: datas de notificação e diagnóstico (consenso de 91,67%); altura do doente (83,33%); uso de contraceptivos (91,67%); informações destinadas à APS sobre a importância e operacionalização do TDO (100%) e linezolida entre os medicamentos presentes na planilha de controle do TDO (100%). Logo, todas as informações foram mantidas sem alteração.

Desta maneira, a versão final da Caderneta de Controle de Tratamento foi construída e validada junto aos especialistas em TBMR em quatro regiões brasileiras, visando melhor comunicação entre os níveis assistenciais envolvidos na atenção a essa complexa condição de saúde e fortalecer o autocuidado apoiado entre doentes, familiares e profissionais de saúde.

8. Conclusões

8 CONCLUSÕES

Diante de uma condição de saúde tão complexa quanto a TBMR, muitas têm sido as estratégias empreendidas nos diferentes contextos para o controle da doença. No Brasil, especialmente a partir dos anos de 1990, foram realizados importantes esforços para garantir tratamento mais oportuno, com esquemas medicamentosos mais efetivos, controle dos registros e notificações, diagnóstico mais rápido, formação adequada dos profissionais de saúde envolvidos na assistência, abastecimento de drogas de forma ininterrupta e regulada, bem como a definição das competências profissionais, dos pontos de atenção, níveis assistenciais e esferas de governo.

Paralelamente, o modo de reordenação do SUS vem passando por transformações e a RAS surge como forma de atuação a fim de superar as fragmentações do sistema. Nesse sentido, analisar a atenção à TBMR a partir deste Referencial Teórico possibilitou a reflexão acerca suas potencialidades e limitações para a atenção integral às pessoas adoecidas. Assim, os resultados trazidos pela observação não participante da operacionalização da assistência nos cinco CR estudados permitiram identificar fundamentos e elementos constitutivos alcançados e almejados para atenção em rede. Propõem-se, então, a efetivação de uma Rede Temática de atenção à TB, especificamente às ações direcionadas a sua forma mais complexa: a TBMR.

Quanto aos fundamentos da Rede, há estruturação de acordo com os princípios da economia de escala, com concentração dos recursos humanos e tecnológicos nos CR. Há indícios de atendimento qualificado à demanda, sendo que os resultados parecem estar relacionados à capacidade dos Centros de trabalhar conjuntamente com a APS, especialmente no que se refere ao TDO. Foram evidenciadas algumas barreiras ao acesso, tanto geográficas quanto econômicas, enfrentadas de maneira diferente por cada um dos locais, visto que não há uma política padronizada nacionalmente. Logo, defende-se a necessidade da institucionalização de mecanismos de proteção social a esses doentes, diante seu quadro de elevada vulnerabilidade, e também da definição de responsabilidades dos municípios de origem dos doentes, principalmente relacionadas ao transporte à referência.

Não foram notados movimentos de integração vertical e/ou horizontal dos serviços e esta parece não ser uma necessidade nesse caso. Quanto aos processos de substituição, há efetivação do ambulatório como espaço de tratamento à TBMR, sendo preciso investigar a maneira como o cuidado ocorre na APS. Para atender a necessidades específicas dos doentes, foi possível observar a substituição do espaço de TDO da atenção primária para o CR, visando garantir a adesão à terapia medicamentosa. Quanto à substituição das competências, há destaque

para a incorporação de atividades pelos profissionais farmacêutico e assistente social, ao passo que em um dos CR foi notado distanciamento do enfermeiro e incorporação de suas competências assistenciais pela equipe técnica, muitas vezes sem autonomia para resolver problemas apresentados pelos doentes.

O trabalho proporcionou delinear como as Referências Terciárias para o tratamento da TB estão dispersas no Brasil e caracterizar os territórios sanitários de suas responsabilidades. Resta uma lacuna quanto à responsabilização da APS e conhecimento das necessidades das pessoas atendidas, subdivididas para essa condição de saúde. Nesse contexto, o centro comunicador e ordenador da assistência constitui-se como o CR e não a atenção primária. Ainda que distancie do marco teórico da RAS, acredita-se que esta forma de organização seja a mais adequada para a qualidade da atenção. Outra marca importante é o papel da Referência Nacional na consultoria e estabelecimento de padrões de atendimento e tratamento, principalmente medicamentoso.

Contudo, foram notados entraves à realização do cuidado em redes, pois há distanciamento entre os pontos de atenção e níveis assistenciais envolvidos, marcado pela dificuldade de comunicação, ausência de prontuários clínicos informatizados e mecanismos que garantam o compartilhamento de informações de maneira padronizada entre os serviços de saúde. Ainda que os sistemas de apoio tenham empreendido importantes avanços, principalmente relacionado ao uso do SITETB, há de se investir em melhor estruturação dos sistemas logísticos, visto a desorganização de fluxos e contrafluxos de pessoas e informações. Acredita-se que adequações no próprio SITETB, como inclusão de itens para conformação enquanto prontuário clínico e inclusão de espaço para preenchimento da APS, possam satisfazer à necessidade de integração entre os serviços de saúde.

Nessa perspectiva, foi percebida a necessidade de construção e validação de uma ferramenta que possibilitasse melhor comunicação entre os pontos de atenção. Assim, a “Caderneta de Controle do Tratamento” reuniu as necessidades evidenciadas na primeira fase deste estudo às iniciativas empreendidas nos diferentes cenários. Logo, tratou-se da compilação dos diferentes impressos dos CR visitados, guiados pela tecnologia de Gestão da Clínica. O material foi produzido e submetido a profissionais de saúde de diferentes categorias, com experiência no manejo de casos nas unidades de referência. Empreenderam-se adequações quanto à linguagem; no entanto, todos os temas foram considerados relevantes por 80% ou mais juízes. Um dos termos modificados foi o “Gestor do Caso”, que passou à “Equipe Responsável”, ainda que o Referencial Teórico escolhido trouxesse a importância do gestor,

uma pessoa ou grupo, optou-se por acatar à recomendação dos participantes vista a grande relação que eles fizeram entre gestor e prescritor.

Vislumbrando sua aplicabilidade, um problema identificado pelos juízes foi a quantidade de páginas. Diante do julgamento dos participantes de que todos os temas eram relevantes e que os conteúdos não deveriam ser subtraídos, optou-se por manter o documento em um único material, destinado aos doentes e familiares – como iniciativa de apoiar o autocuidado; aos profissionais da APS – com o intuito de sensibilizar e estabelecer parcerias; e ao registro do TDO e troca de informações entre os serviços – visando a atenção integral e coordenada. Resta agora o desafio de verificar a utilização do material como ferramenta de auxílio no tratamento da TBMR. Outro ponto de fragilidade da tecnologia validada diz respeito ainda à sua apresentação no papel, física. Contudo, acredita-se que futuramente possa ser adaptada para versão informatizada, enquanto sistema ou mesmo aplicativo de celular.

As limitações deste estudo referem-se, primeiramente, a aspectos somente das formas resistentes e não no delineamento de toda a rede voltada à TB. Por essa razão, parte-se da organização da atenção aos casos já diagnosticados, mesmo acreditando-se que seja preciso adequar toda a assistência para que os doentes em Esquema Básico não desenvolvam resistência e que a suspeição de resistência ocorra o mais rápido possível, com diagnóstico e instituição de terapia adequada o mais rápido possível. Além disso, não foi possível examinar aspectos relacionados ao Sistema de Governança na Rede, visto que seria necessário um estudo com método específico para tal finalidade.

Outra limitação importante está relacionada à necessidade de investigação das condições e dificuldades identificadas pela APS, seu papel no seguimento dos casos sensíveis, controle dos contatos e acompanhamento do TDO. Para esse momento optou-se por não incorporar esse nível assistencial ao estudo, devido à distância geográfica dos locais visitados e grande dispersão dos municípios nos Estados, inviabilizado o término do trabalho em tempo hábil.

Diante de especificidades tão grandes relacionadas ao controle da TBMR, defende-se a ideia da criação de uma Rede Temática, pois levará a maior interação entre os pontos de atenção, irá direcionar suas ações, centralizando-as aos doentes e, provavelmente, se constituirá como caminho promissor para o alcance de melhores resultados quanto aos tratamentos. Nesse sentido, a “Caderneta de Controle do Tratamento” é entendida como ferramenta importante para garantir a comunicação, coordenação e apoio ao autocuidado.

Referências

REFERÊNCIAS

- ACHA, J.; SWEETLAND, A.; GUERRA, D.; CHALCO, K.; CASTILLO, H.; PALACIOS, E. Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience. **Global Public Health**, New York, v. 2, n. 4, p. 404-417, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441690701191610>>. Acesso em: 05 ago. 2016.
- ALMEIDA, J. G. **Condições de produção da tuberculose multirresistente: percepções do doente**. 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- ALMEIDA, M. G.; BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, D. F. S. Epidemiologia e distribuição espacial de casos notificados de tuberculose multirresistente (TBMR) no Brasil, 2008-2012. **Rev Epidemiol Control Infect**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 4, p. 117-122, out-dez. 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/3564/3251>>. Acesso em: 05 ago. 2016.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017005003105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- ANOWAR, M. N.; PETPICHETCHIAN, W.; ISARAMALAI, S. A.; KLAININ-YOBAS, P. Using nursing practice guidelines for the prevention of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized adult patients in Bangladesh. **Int J Nurs Pract**, Victoria, v. 19, n. p. 81-88, set. 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12178/abstract;jsessionid=186357AC2FD54401CC7E19B452032920.f04t01>>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- ARAKAWA, T.; ARCÊNCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 994-1002, jul-ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- ARBEX, M. A.; SIQUEIRA, H. R.; D'AMBROSIO, L.; GIOVANNI BATTISTA MIGLIORI, G. B. O desafio do tratamento da tuberculose extensivamente resistente em um hospital de referência no estado de São Paulo: um relato de três casos. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 41, n. 6, p. 554-9, nov-dez. 2015. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2478>. Acesso em: 22 set. 2016.

- ARBEX, M. A.; VARELLA, M. D. C. L.; SIQUEIRA, H. R.; MELO, F. A. F. Drogas antituberculose: Interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais. Parte 1: Fármacos de primeira linha. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 36, n. 5, p. 626-640, set-out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- ARCÊNCIO, R. A.; ARAKAWA, T.; OLIVEIRA, M. F.; CARDOZO-GONZALES, R. I.; SCATENA, L. M.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-São Paulo. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1121-1127, oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- ARNADOTTIR, T. The Styblo model 20 years later: what holds true? **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 13, n. 6, p. 672-690, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2009/00000013/00000006/art00002>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- UNITED NATIONS. **United Nations Millennium Declaration**. 2000. Disponível em: <<http://www.unmillenniumproject.org/documents/ares552e.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- ASSIS, M. M. A. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. S. (Org.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. 45-64 p.
- BALLESTERO, J. G. A.; MONCAIO, A. C. S.; SILVA, L. M. C. D.; SURNICHE, C. D. A.; LIMA, M. C. R. A. D. A.; PALHA, P. F. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 515 - 521, jul-set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300515>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- BARRÊTO, A. J. R.; EVANGELISTA, A. L. F.; SÁ, L. D.; ALMEIDA, S. A.; NOGUEIRA, J. A.; LOPES, A. M. C. Care management for tuberculosis: from education to the nurse practice. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 847-853, nov-dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600006>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- BECERRA, M. C.; FREEMAN, J.; BAYONA, J.; SHIN, S. S.; KIM, J. Y.; FURIN, J. J.; WERNER, B.; SLOUTSKY, A.; TIMPERI, R.; WILSON, M. E.; PAGANO, M.; FARMER, P. E. Using treatment failure under effective directly observed short-course chemotherapy programs to identify patients with multidrug-resistant tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 4, n. 2, p. 108-114, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2000/00000004/00000002/art00004>>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (DOTS) no município de São Paulo-SP**. 2005. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, Denver, v. 67, n. 4, p. 877-80, abr. 1998.

BIGNAL, J. R.; CROFTON, J. W.; CLEGG, J. W.; MARTIN, T. W. M.; EDWARDS, T. A. W.; LOEWENTHAL, H.; WELCH, R. F.; HEMMING, M.; HARRIS, W. C.; HAMILTON-PATERSON, J. L.; HOARE, E. D.; THOMAS, O. F.; GIFFORD, J. H.; W., D. A.; ST. HILL, C. A.; HOUGHTON, L. E.; MAHER-LAUGHNAN, G. P.; NASAU, E.; HURFORD, J. V.; MOORE, W. D.; WILDY, N. P. L.; GRANT, L. J.; LESLIE, W. I.; PERRY, K.; RUSBY, N. L.; BEATTY, D. C. L.; VALENTINE, F. C. O.; WEST, L. R.; MILNE, R. L.; ROSS, H. J. T.; SANDIFORD, T. R. Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Streptomycin and Para-Amino-Salicylic Acid; a Medical Research Council Investigation, **Br Med J**, London, v. 2, n. 4688, p. 1073-1085, nov. 1950.

BOLLELA, V. R.; PUGA, F. G.; MOYA, M. J.; ANDREA, M.; OLIVEIRA, M. D. L. V. A decade trend of multidrug resistant tuberculosis in São Paulo State, Brazil. **Rev Inst Med Trop São Paulo**, São Paulo, v. 58, n. p. nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652016005000259&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BORGES, L. A. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. **Estud psicol (Natal)**, Natal, v. 4, n. 1, p. 107-139, jun. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Sistema de vigilância epidemiológica da tuberculose multirresistente. Boletim nº 1. 1994 - 2006. **Rev. Bras. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2007a. Disponível em: <scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rbps/v15n1/v15n1a06.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. **Tuberculose Multirresistente: guia de vigilância Epidemiológica**. 1. ed. Rio de Janeiro, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília, 2009.

_____. 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, 284 p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção 1, p. 1.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota Informativa nº 9, de 2014. Recomendações sobre o diagnóstico da tuberculose por meio do teste rápido molecular para tuberculose. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 46, n. 5, p. 1-19, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Nota Informativa nº 8, de 2016. Novas recomendações para o tratamento da tuberculose multidrogarresistente e com resistência à rifampicina diagnosticada por meio do Teste Rápido Molecular para Tuberculose no Brasil. Brasília, 2016.

BREATHNACH, A.; DE RUITER, A.; HOLDSWORTH, G.; BATEMAN, N.; O'SULLIVAN, D.; REES, P.; SNASHALL, D.; MILBURN, H.; PETERS, B.; WATSON, J. An outbreak of multi-drug-resistant tuberculosis in a London teaching hospital. **J Hosp Infect**, London, v. 39, n. 2, p. 111-117, jun. 1998.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (ed). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000. p. 231-250.

BRUNELLO, M. E. F.; SIMIELE-BECK, M. F.; ORFÃO, N. H.; WYSOCKI, A. D.; MAGNABOSCO, G. T.; ANDRADE, R. L. P.; MONROE, A. A.; BERALDO, A. A.; VILLA, T. C. S. Nursing practices in the attention to a chronic condition (tuberculosis): analysis of secondary sources. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 62-69, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2017.

BRUST, J. C.; SHAH, N. S.; SCOTT, M.; CHAIYACHATI, K.; LYGIZOS, M.; VAN DER MERWE, T. L.; BAMBER, S.; RADEBE, Z.; LOVEDAY, M.; MOLL, A. P.; MARGOT, B.; LALLOO, U. G.; FRIEDLAND, G. H.; GANDHI, N. R. Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: an alternate model of care. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 16, n. 8, p. 998-1004, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3390442/pdf/nihms365017.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CAMBAU, E.; DRANCOURT, M. Steps towards the discovery of Mycobacterium tuberculosis by Robert Koch, 1882. **Clin Microbiol Infect**, Paris, v. 20, n. 3, p. 196-201, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(14\)60856-9/fulltext](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(14)60856-9/fulltext)>. Acesso em: 05 set. 2014.

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

CARDOSO, L. R. D. A.; ABIKO, A. K.; HAGA, H. C. R.; INOUE, K. P.; GONÇALVES, O. M. Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 63-78, jul-set. 2005.

CARLSSON, M.; JOHANSSON, S.; EALE, R. P. B.; KABORU, B. B. Nurses' roles and experiences with enhancing adherence to tuberculosis treatment among patients in Burundi: a qualitative study. **Tuberc Res Treat**, Cairo, 9 páginas, ago. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/984218>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CASSIANI, S. H. D. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-83, set-dez. 1996.

CEGIELSKI, J. P. Extensively drug-resistant tuberculosis: "there must be some kind of way out of here". **Clin Infect Dis**, Chicago, v. 50, Supplement 3, p. S195-S200, mai. 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article-lookup/doi/10.1086/651491>>. Acesso em: 28 mai. 2016.

CHALCO, K.; WU, D. Y.; MESTANZA, L.; MUÑOZ, M.; LLARO, K.; GUERRA, D.; PALACIOS, E.; FURIN, J.; SHIN, S.; SAPAG, R. Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. **Int Nurs Rev**, Oxford, v. 53, n. 4, p. 253-260, dez. 2006. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2006.00490.x/abstract;jsessionid=13E2F94FE3224B7C07EA4942AECEDA9A.f03t01>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CLARK, P. M.; KARAGOZ, T.; APIKOGLU-RABUS, S.; IZZETTIN, F. V. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda, v. 64, n. 5, p. 497-505, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/content/64/5/497.long?sso-checked=true>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

CONDE, M. B.; MELO, F. A. F. D.; MARQUES, A. M. C.; CARDOSO, N. C.; PINHEIRO, V. G. F.; DALCIN, P. D. T. R.; MACHADO JUNIOR, A.; LEMOS, A. C. M.; NETTO, A. R.; DUROVNI, B.; SANT'ANNA, C. C.; LIMA, D.; CAPONE, D.; BARREIRA, D.; MATOS, E. D.; MELLO, F. C. Q.; DAVID, F. C.; MARSICO, G.; AFIUNE, J. B.; SILVA, J. R. L.; JAMAL, L. F.; TELLES, M. A. S.; HIRATA, M. H.; DALCOLMO, M. P.; RABAHI, M. F.; CAILLEAUX-CESAR, M.; PALACI, M.; MORRONE, N.; GUERRA, R. L.; DIETZE, R.; MIRANDA, S. S.; CAVALCANTE, S. C.; NOGUEIRA, S. A.; NONATO, T. S.; MARTIRE, T.; GALESI, V. M. N.; DETTONI, V. V. III Brazilian Thoracic Association guidelines on tuberculosis. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 35, n. 10, p. 1018-1048, out. 2009.

COOPER, H. M. **Synthesizing research: A guide for literature reviews**. 3 ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1998.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

D'AMBROSIO, L.; TADOLINI, M.; CENTIS, R.; DUARTE, R.; SOTGIU, G.; ALIBERTI, S.; DARA, M.; MIGLIORI, G. B. Supporting clinical management of the difficult-to-treat TB cases: the ERS-WHO TB Consilium **Int J Infect Dis**, Paris, v. 32, n. p. 156-160, mar. 2015. Disponível em: <[http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01742-1/fulltext](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01742-1/fulltext)>. Acesso em: 08 dez. 2016.

DALCOLMO, M. P.; FORTES, A.; MELO, F. A. F. D.; MOTTA, R.; IDE NETTO, J.; CARDOSO, N.; ANDRADE, M.; BARRETO, A. W.; GERHARDT, G. Estudo de efetividade de esquemas alternativos para o tratamento da tuberculose multirresistente no Brasil. **J Pneumologia**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 70-77, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35861999000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2014.

DALCOLMO, M. P.; ANDRADE, M. K. D. N.; PICON, P. D. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. p. 34-42, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2014.

DALCOLMO, M. P. Tratamento da tuberculose sensível e resistente. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 55-59, 2012.

DANIEL, T. M. **Captain of death: the story of tuberculosis**. Suffolk: Boydell & Brewer, 1997.

DIAS, A. A. L.; DE OLIVEIRA, D. M. F.; SOBRINHO, E. C. R.; PALHA, P. F.; DE FIGUEIREDO, R. M. Tratamento da tuberculose na visão do usuário. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1133-1140, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3726>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

DIAS, M. P.; GIOVANELLA, L. Prontuário eletrônico-uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2 – supl., ago. 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/518>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

DUROVNI, B.; SARACENI, V.; VAN DEN HOF, S.; TRAJMAN, A.; CORDEIRO-SANTOS, M.; CAVALCANTE, S.; MENEZES, A.; COBELENS, F. Impact of replacing smear microscopy with Xpert MTB/RIF for diagnosing tuberculosis in Brazil: a stepped-wedge cluster-randomized trial. **PLoS Med**, San Francisco, v. 11, n. 12, dez. 2014.

ELUSTONDO, S. G.; GONZÁLEZ, A. M. M.; GÓMEZ, C. L.; AL, E. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. **Rev Calid Asist**, Logroño v. 24, n. 6, p. 263-271, nov-dez.2009. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3076869>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

FALZON, D.; JARAMILLO, E.; WARES, F.; ZIGNOL, M.; FLOYD, K.; RAVIGLIONE, M. C. Universal access to care for multidrug-resistant tuberculosis: an analysis of surveillance data.

Lancet Infect Dis, New York, v. 13, n. 8, p. 690-697, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70130-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70130-0/fulltext)>. Acesso em: 14 ago 2015.

FALZON, D.; MIRZAYEV, F.; WARES, F.; BAENA, I. G.; ZIGNOL, M.; LINH, N.; WEYER, K.; JARAMILLO, E.; FLOYD, K.; RAVIGLIONE, M. Multidrug-resistant tuberculosis around the world: what progress has been made? **Eur Respir J**, Copenhagen, v. 45, n. 1, p. 150-160, jan. 2015. Disponível em: <<http://erj.ersjournals.com/content/45/1/150.long>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

FERREIRA, K. R.; CAVALCANTE, E. G. R.; DE-LA-TORRE-UGARTE, M. C.; BERTI, R. A. L.; BERTOLOZZI, M. R. Portadores de tuberculose multirresistente em um centro de referência: perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1685-1689, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FERREIRA, K. R. **A adesão ao tratamento no caso da tuberculose multirresistente**. 2014. 281 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

FLEURY, S. Coesão e seguridade social. In: LOBATO, L. D. V. C.; FLEURY, S. (Org.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 10-27 p.

FONSECA, F. C. S. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: da Fragmentação à Interoperabilidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. 166p.

FORBES, G.; HOLT, H. Streptomycin Treatment of Pulmonary Tuberculosis: A Medical Research Council Investigation. **Br Med J**, London, v. 2, n. 4582, p. 769-782, out. 1948. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2091872/>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

FORTES, A. M.; DALCOLMO, M. P. Tuberculose Multirresistente. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. p. 68-80, 1997.

FOX, W.; WIENER, A.; MITCHISON, D.; SELKON, J.; SUTHERLAND, I. The prevalence of drug-resistant tubercle bacilli in untreated patients with pulmonary tuberculosis: A national survey, 1955–56. **Tubercle**, Edinburgh, v. 38, n. 2, p. 71-84, abr. 1957.

FOX, W.; ELLARD, G. A.; MITCHISON, D. A. Studies on the treatment of tuberculosis undertaken by the British Medical Research Council tuberculosis units, 1946–1986, with relevant subsequent publications. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 3, n. 10, p. S231-S279, out. 1999.

FRASER, H. S.; JAZAYERI, D.; MITNICK, C. D.; MUKHERJEE, J. S.; BAYONA, J. Informatics tools to monitor progress and outcomes of patients with drug resistant tuberculosis in Peru. **Proc AMIA Symp**, Philadelphia, p. 270-4, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2244209/>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

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

FREITAS, K. G.; SOBRINHO, E. C. R.; PIAI, T. H.; DE FIGUEIREDO, R. M. Conhecimento de auxiliares de enfermagem da saúde da família sobre tuberculose. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 1, jan-fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i1.3315>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

FRIEDEN, T. R.; FUJIWARA, P. I.; WASHKO, R. M.; HAMBURG, M. A. Tuberculosis in New York City - turning the tide. **N Engl J Med**, Boston, v. 333, n. 4, p. 229-233, jul. 1995. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199507273330406>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

FRIEDEN, T. R.; MUNSIFF, S. S. The DOTS strategy for controlling the global tuberculosis epidemic. **Clin Chest Med**, Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 197-205, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027252310500002X>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

FURIN, J.; BAYONA, J.; BECERRA, M.; FARMER, P.; GOLUBKOV, A.; HURTADO, R.; JOSEPH, J. K.; KESHAVJEE, S.; PONOMARENKO, O.; RICH, M.; SHIN, S. Programmatic management of multidrug-resistant tuberculosis: models from three countries. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 15, n. 10, p. 1294-1300, out. 2011. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GARRIDO, M. D. S.; BÜHRER-SÉKULA, S.; SOUZA, A. B. D.; RAMASAWMY, R.; QUINCÓ, P. D. L.; MONTE, R. L.; SANTOS, L. O.; PEREZ-PORCUNA, T. M.; MARTINEZ-ESPÍNOSA, F. E.; SARACENI, V. Temporal distribution of tuberculosis in the State of Amazonas, **Brazil Rev Soc Bras Med Trop**, Uberaba, v. 48, n. p. 63-69, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000800063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 fev. 2017.

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

GUPTA, R.; KIM, J. Y.; ESPINAL, M. A.; CAUDRON, J.-M.; PECOUL, B.; FARMER, P. E.; RAVIGLIONE, M. C. Responding to market failures in tuberculosis control. **Science**, New York, v. 293, n. 5532, p. 1049-1051, jul. 2001. Disponível em: <<http://science.sciencemag.org/content/293/5532/1049.long>>. Acesso em 24 mar. 2017.

HAN, L.; SLOUTSKY, A.; CANALES, R.; NARODITSKAYA, V.; SHIN, S. S.; SEUNG, K. J.; TIMPERI, R.; BECERRA, M. C. Acquisition of drug resistance in multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis during directly observed empiric retreatment with standardized regimens. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 9, n. 7, p. 818-821, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2005/00000009/00000007/art00019>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

HELLER, T.; LESSELLS, R. J.; WALLRAUCH, C. G.; BARNIGHAUSEN, T.; COOKE, G. S.; MHLONGO, L.; MASTER, I.; NEWELL, M. L. Community-based treatment for multidrug-resistant tuberculosis in rural KwaZulu-Natal, South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 14, n. 4, p. 420-426, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2010/00000014/00000004/art00009>>.

Acesso em: 25 jan. 2015.

HUNTER, J. M. World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health. **Ann Am Assoc Geogr**, Philadelphia, v. 85, p. 774-775, 1995.

JORDAN, T. S.; CULLEN, D.; DAVIES, P. D. O. A centralised electronic Multidrug-Resistant Tuberculosis Advisory Service: The first 2 years. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 16, n. 7, p. 950-954, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2012/00000016/00000007/art00019>>.

Acesso em: 30 jan. 2015.

KESHAVJEE, S.; GELMANOVA, I. Y.; PASECHNIKOV, A. D.; MISHUSTIN, S. P.; ANDREEV, Y. G.; YEDILBAYEV, A.; FURIN, J. J.; MUKHERJEE, J. S.; RICH, M. L.; NARDELL, E. A.; FARMER, P. E.; KIM, J. Y.; SHIN, S. S. Treating multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: developing programs that address the linkage between poverty and disease. **Ann N Y Acad Sci**, New York, v. 1136, n. p. 1-11, out. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1425.009/abstract>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

KESHAVJEE, S.; FARMER, P. E. Tuberculosis, Drug Resistance, and the History of Modern Medicine. **N Engl J Med**, Boston, v. 367, n. 10, p. 931-936, set. 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1205429>>. Acesso em: 30 set. 2016.

KIBRET, K. T.; MOGES, Y.; MEMIAH, P.; BIADGILIGN, S. Treatment outcomes for multidrug-resistant tuberculosis under DOTS-Plus: a systematic review and meta-analysis of published studies. **Infect Dis Poverty**, London, v. 6, n. 1, p. 7, jan. 2017. Disponível em: <<https://idpjournals.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-016-0214-x>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

KIM, J. Y.; MUKHERJEE, J. S.; RICH, M. L.; MATE, K.; BAYONA, J.; BECERRA, M. C. From multidrug-resistant tuberculosis to DOTS expansion and beyond: making the most of a paradigm shift. **Tubercle**, Edinburgh, v. 83, n. 1, p. 59-65, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472979202000781>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

KIMERLING, M.; KLUGE, H.; VEZHNINA, N.; IACOVAZZI, T.; DEMEULENAERE, T.; PORTAELS, F.; MATTHYS, F. Inadequacy of the current WHO re-treatment regimen in a central Siberian prison: treatment failure and MDR-TB. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 3, n. 5, p. 451-453, mai. 1999. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/1999/00000003/00000005/art00016>>.

Acesso em: 30 ago. 2016.

KOCHI, A. Tuberculosis control--is DOTS the health breakthrough of the 1990s? In: **World Health Forum**, Geneva, v. 18, n. 3-4, p. 225-232; discussion 233-247, 1997.

- KRITSKI, A. L. Emergência de tuberculose resistente: renovado desafio. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 157-158, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2016.
- LOVEDAY, M.; WALLENGREN, K.; VOCE, A.; MARGOT, B.; REDDY, T.; MASTER, I.; BRUST, J.; CHAIYACHATI, K.; PADAYATCHI, N. Comparing early treatment outcomes of MDR-TB in decentralised and centralised settings in KwaZulu-Natal, South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 16, n. 2, p. 209-215, fev. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281510/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.
- MARCOLINO, A. B. L.; NOGUEIRA, J. D. A.; RUFFINO-NETTO, A.; MORAES, R. M.; SÁ, L. D.; VILLA, T. C. S.; ROLIM, F. J. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-157, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Altas, 2010.
- MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saude soc**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69 - 76, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2017.
- MARTINELLI, M. L. Serviço Social na área de saúde: uma relação histórica. **Intervenção Social**, Lisboa, v. n. 28, p. 09-18, 2014. Disponível em: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- MATOS, E. D.; LEMOS, A. C. M.; BITTENCOURT, C.; MESQUITA, C. L. Anti-tuberculosis drug resistance in strains of Mycobacterium tuberculosis isolated from patients in a tertiary hospital in Bahia. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 11, n. 3, p. 331-338, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2014.
- MAZZEI, A. M. A.; MONROE, A. A.; SASSAKI, C. M.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Bol Pneumol Sanit**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 41-46, dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- MELO, F. A. F. D.; AFIUNE, J. B.; IDE NETO, J.; ALMEIDA, E. A. D.; SPADA, D. T. A.; ANTELMO, A. N. L.; CRUZ, M. L. Aspectos epidemiológicos da tuberculose multirresistente em serviço de referência na cidade de São Paulo. **Rev Soc Bras Med Trop**, Uberaba, v. 36, n. 1, p. 27-34, jan. 2003.
- MELO, F. A. F. D. A experiência brasileira no controle da multidroga-resistência. **BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online)**, São Paulo, v. 7, n. 75, p. 16-23, 2010. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-427220100003000002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320100005000005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2013.

_____. **Inovação dos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas da atenção à saúde baseadas na APS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010b. 120 p.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MICHELETTI, V. C. D.; MOREIRA, J. S.; RIBEIRO, M. O.; KRITSKI, A. L.; BRAGA, J. U. Tuberculose resistente em pacientes incluídos no II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Antituberculose realizado em Porto Alegre, Brasil. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 40, n. 2, p. 155-163, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132014000200155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2017.

MICHELETTI, V. C. D.; KRITSKI, A. L.; BRAGA, J. U. Clinical Features and Treatment Outcomes of Patients with Drug-Resistant and Drug-Sensitive Tuberculosis: A Historical Cohort Study in Porto Alegre, Brazil. **PloS One**, San Francisco, v. 11, n. 8, p. e0160109, ago. 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160109>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

MIGLIORI, G.; ESPINAL, M.; DANILOVA, I.; PUNGA, V.; GRZEMSKA, M.; RAVIGLIONE, M. Frequency of recurrence among MDR-TB cases ‘successfully’ treated with standardised short-course chemotherapy. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 6, n. 10, p. 858-864, out. 2002. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2002/00000006/00000010/art00003>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MITNICK, C.; BAYONA, J.; PALACIOS, E.; SHIN, S.; FURIN, J.; ALCÁNTARA, F.; SÁNCHEZ, E.; SARRIA, M.; BECERRA, M.; FAWZI, M. C. S. Community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru. **N Engl J Med**, Boston, v. 348, n. 2, p. 119-128, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa022928>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

MKELE, G. The role of the pharmacist in TB management: review. **SA Pharmaceutical Journal**, Arcadia, v. 77, n. 2, p. 18-20, mar. 2010. Disponível em: <https://journals.co.za/content/mp_sapj/77/2/EJC82333>. Acesso em: 18 abr. 2017.

MURRAY, C. J. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. **Bull World Health Organ**, Geneva, v. 72, n. 3, p. 429, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486718/>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

NATHANSON, E.; LAMBREGTS-VAN WEEZENBEEK, C.; GUPTA, R.; BLÖNDAL, K.; CAMINERO, J. A.; CEGIELSKI, J. P.; DANILOVITS, M.; ESPINAL, M. A.; HOLLO, V.; JARAMILLO, E. Multidrug-resistant tuberculosis management in resource-limited settings. **Emerg Infect Dis**, Atlanta, v. 12, n. 9, p. 1389-97, set. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3294733/>>. Acesso em: 19 out. 2016.

NOGUEIRA, J. A.; MARQUES, R. R. C.; SILVA, T. R.; FRANCA, U. M.; VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F. Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. **Rev Eletr Enf (Internet)**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 979-989, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a11.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

NOGUEIRA, J. D. A.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S.; MONROE, A. A.; LUCCA, M. E. S. Implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose em Ribeirão Preto, São Paulo (1998-2004). **Bol Pneumol Sanit**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 141-144, dez. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2016.

OLIVEIRA, L.; NATAL, S.; CHRISPIM, P. P. M. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 357-364, jul-set. 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/612>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

ORENSTEIN, E. W.; BASU, S.; SHAH, N. S.; ANDREWS, J. R.; FRIEDLAND, G. H.; MOLL, A. P.; GANDHI, N. R.; GALVANI, A. P. Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**, New York, v. 9, n. 3, p. 153-161, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(09\)70041-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(09)70041-6/fulltext)>. Acesso em: 21 jul. 2016.

PAIVA, R. C. G.; DE ALMEIDA NOGUEIRA, J.; DE SÁ, L. D.; NÓBREGA, R. G.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica. **Rev Eletr Enf (Internet)**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 520-526, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

PALACIOS, E.; GUERRA, D.; LLARO, K.; CHALCO, K.; SAPAG, R.; FURIN, J. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 7, n. 4, p. 343-346, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2003/00000007/00000004/art00007>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

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

- PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. D. O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. e3440015, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en&nrm=is>. Acesso em: 17 mai. 2017.
- PINHEIRO, P.; SÁ, L. D.; SOUZA, R.; ADÁRIO, K.; ANDRADE, S.; VILLA, T. Pontos de estrangulamento na Atenção Primária de Saúde e o controle da Tuberculose–João Pessoa–Paraíba/Brasil. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/129>>. Acesso em: 21 jul. 2016.
- PINTO, M.; ENTRINGER, A. P.; STEFFEN, R.; TRAJMAN, A. Análise de custos de um teste de amplificação de ácido nucleico para o diagnóstico da tuberculose pulmonar sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. 41, n. 6, p. 536-538, nov-dez. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n6/pt_1806-3713-jbpneu-41-06-00536.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.
- QUEIROZ, E. M.; DE-LA-TORRE-UGARTE, M. C.; FERREIRA, K. R.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-377, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2016.
- QUELAPIO, M. I. D.; MIRA, N. R. C.; ORILLAZA-CHI, R. B.; BELEN, V.; MUÑEZ, N.; BELCHEZ, R.; EGOS, G. E.; EVANGELISTA, M.; VIANZON, R.; TUPASI, T. E. Responding to the multidrug-resistant tuberculosis crisis: Mainstreaming programmatic management to the Philippine National Tuberculosis Programme. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 14, n. 6, p. 751-757, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2010/00000014/00000006/art00015>>. Acesso em: 01 out. 2016.
- RAJBHANDARY, S.; MARKS, S.; BOCK, N. Costs of patients hospitalized for multidrug-resistant tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 8, n. 8, p. 1012-1016, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2004/00000008/00000008/art00015>>. Acesso em: 21 jul. 2016.
- RAVIGLIONE, M. C. **Tuberculosis: the essentials**. Boca Raton: CRC Press, 2009. 408 p.
- RÊGO, C. C. D.; MELO DEMACÊDO, S.; BATISTA DEANDRADE, C. R.; MAIA, V. F.; PINTO, J. T. J. M.; PINTO, É. S. G. Processo de trabalho do enfermeiro a pessoa com tuberculose na atenção primária. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218, jul-set. 2015.
- RESCH, S. C.; SALOMON, J. A.; MURRAY, M.; WEINSTEIN, M. C. Cost-effectiveness of treating multidrug-resistant tuberculosis. **PLoS Med**, San Francisco, v. 3, n. 7, p. e241, jul.

2006. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030241>>. Acesso em: 13 set. 2016.

RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. D. S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. D. A.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2016.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-12, jul-dez. 1998.

ROZADOS, H. B. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set-dez. 2015. Disponível em: <seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/58422/36043>. Acesso em: 21 jul. 2016.

RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Bol Pneumol Sanit**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7 - 18, jun. 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X1999000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2013.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev Soc Bras Med Trop**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SÁNCHEZ, A. I. M. **O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município de São Paulo-Brasil**. 2007. 151 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, A. M. D.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D.; ANDRADE, C. L. T. D.; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. D. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2687-2702, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2017.

SCARPARO, A. F.; LAUS, A. M.; AZEVEDO, A. L. D. C. S.; FREITAS, M. R. I. D.; GABRIEL, C. S.; CHAVES, L. D. P. Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

SCARPARO, A. F. **Perspectivas do gerenciamento de enfermagem hospitalar**. 2012. 150 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SCHATZ, A.; BUGLE, E.; WAKSMAN, S. A. Streptomycin, a substance exhibiting antibiotic activity against gram-positive and gram-negative bacteria. 1944. **Clin Orthop Relat Res**, Philadelphia, v. 55, n. 1, p. 66-69, ago. 2005.

SCHLUGER, N. W. Epidemiology and molecular mechanisms of drug-resistant tuberculosis. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-molecular-mechanisms-of-drug-resistant-tuberculosis>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SHANKS, L.; MASUMBUKO, E. W.; NGOY, N. M.; MANENO, M.; BARTLETT, S.; THI, S. S.; SHAH, T. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in a remote, conflict-affected area of the Democratic Republic of Congo. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 16, n. 8, p. 1066-1068, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2012/00000016/00000008/art00014>>. Acesso em: 28 set. 2016.

SHARMA, S. K.; MOHAN, A. Multidrug-resistant tuberculosis: a menace that threatens to destabilize tuberculosis control. **Chest**, Chicago, v. 130, n. 1, p. 261-272, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215509811>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

SHIN, S.; FURIN, J.; BAYONA, J.; MATE, K.; KIM, J. Y.; FARMER, P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 Years of experience. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 59, n. 7, p. 1529-1539, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604000322>>. Acesso em: 21 out. 2016.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ANDRADE, R. L. D. P.; PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; BRUNELLO, M. E.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 6, p. 461-468, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2016.

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

SILVA, L. M. C. D. **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação da transferência do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose segundo a perspectiva de profissionais de saúde de nível médio e superior (ATP-IINFOC-TB)**. 2016. 177 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SINGLA, R.; SARIN, R.; KHALID, U.; MATHURIA, K.; SINGLA, N.; JAISWAL, A.; PURI, M.; VISALAKSHI, P.; BEHERA, D. Seven-year DOTS-Plus pilot experience in India: results, constraints and issues. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 13, n. 8, p. 976-981, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2009/00000013/00000008/art00009>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

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

<<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000393>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

SIQUEIRA, H. R. D.; FREITAS, F. A. D. D.; OLIVEIRA, D. N. D.; BARRETO, A. M. W.; DALCOLMO, M. P.; ALBANO, R. M. Evolução clínica de um grupo de pacientes com TB multirresistente atendidos em um centro de referência na cidade do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol**, Brasília, v. n. p. 54-62, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2014.

SITETB. Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose. Disponível em: <<http://sitetb.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2014.

SOUZA, K. M. J. D.; SÁ, L. D. D.; PALHA, P. F.; ALMEIDA, J. D.; NOGUEIRA, T. C. S. V.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-911, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2017.

SOUZA, K. M. J. D.; SÁ, L. D. D.; SILVA, L. M. C. D.; PALHA, P. F. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 874-882, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

SPÍNOLA, A. P. **Técnica prospectiva delfos abordagem teórico-prática**. São Paulo: SM gráfica e editora LTDA, 1997.

SRIPAD, A.; CASTEDO, J.; DANFORD, N.; ZAHA, R.; FREILE, C. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 18, n. 1, p. 44-48, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2014/00000018/00000001/art00010>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

STEINER, M.; CHAVES, A. D.; LYONS, H. A.; STEINER, P.; PORTUGALEZA, C. Primary drug-resistant tuberculosis: report of an outbreak. **N Engl J Med**, Boston, v. 283, n. 25, p. 1353-1358, dez. 1970. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197012172832501>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

STERLING, T. R.; LEHMANN, H. P.; FRIEDEN, T. R. Impact of DOTS compared with DOTS-plus on multidrug resistant tuberculosis and tuberculosis deaths: decision analysis. **BMJ**, London, v. 326, n. 7389, p. 574, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/326/7389/574.long>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

SUÁREZ, P. G.; FLOYD, K.; PORTOCARRERO, J.; ALARCÓN, E.; RAPITI, E.; RAMOS, G.; BONILLA, C.; SABOGAL, I.; ARANDA, I.; DYE, C. Feasibility and cost-effectiveness of standardised second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort

study in Peru. **The Lancet**, London, v. 359, n. 9322, p. 1980-1989, jun. 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08830-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08830-X/fulltext)>. Acesso em: 17 mar. 2015.

TAVITIAN, S. M.; SPALEK, V. H.; BAILEY, R. P. A pharmacist-managed clinic for treatment of latent tuberculosis infection in health care workers. **Am J Health Syst Pharm**, Bethesda v. 60, n. 18, p. 1856-61, set. 2003. Disponível em: <<http://www.ajhp.org/content/60/18/1856.long?sso-checked=true>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 659-664, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2016.

THOMAS, A.; RAMACHANDRAN, R.; REHAMAN, F.; JAGGARAJAMMA, K.; SANTHA, T.; SELVAKUMAR, N.; KRISHNAN, N.; MOHAN, N. S.; SUNDARAM, V.; WARES, F.; NARAYANAN, P. R. Management of multi drug resistance tuberculosis in the field: Tuberculosis Research Centre experience. **Indian J Tuberc**, v. 54, n. 3, p. 117-124, jul. 2007.

TOUSO, M. M. **A Atenção Primária à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e sua relação com as internações evitáveis por Tuberculose**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

UPLEKAR, M.; FIGUEROA-MUNOZ, J.; FLOYD, K.; GETAHUN, H.; JARAMILLO, E. **The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. Geneva: World Health Organization. 24 p. Disponível em: www.who.int/iris/handle/10665/69241. Acesso em: 21 jul. 2016.

VÁSQUEZ-CAMPOS, L.; ASENCIOS-SOLIS, L.; LEO-HURTADO, E.; QUISPE-TORRES, N.; SALAZAR-LINDO, E.; BAYONA, J.; BECERRA, M. Drug resistance trends among previously treated tuberculosis patients in a national registry in Peru, 1994–2001. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 8, n. 4, p. 465-472, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/2004/00000008/00000004/art00013>>. Acesso em: 06 set. 2016.

VILLA, T. C. S.; PONCE, M. A. Z.; WYSOCKI, A. D.; DE PAULA ANDRADE, R. L.; ARAKAWA, T.; SCATOLIN, B. E.; BRUNELLO, M. E. F.; BERALDO, A. A.; SCATENA, L. M.; MONROE, A. A. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 190-198, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2016.

WADMANN, S.; STRANDBERG-LARSEN, M.; VRANGBAEK, K. Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. **Int J Integr Care**, London v. 9, n. p. 1-12, mar. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663705/>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

WALLIS, R. S.; MAEURER, M.; MWABA, P.; CHAKAYA, J.; RUSTOMJEE, R.; MIGLIORI, G. B.; MARAIS, B.; SCHITO, M.; CHURCHYARD, G.; SWAMINATHAN, S. Tuberculosis—advances in development of new drugs, treatment regimens, host-directed therapies, and biomarkers. **Lancet Infect Dis**, New York, v. 16, n. 4, p. e34-e46, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2816%2900070-0/fulltext>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. **Soc Sci Med Med Econ**, Oxford, v. 14, n. 2, p. 145-163, jun. 1980. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160799580900349?via%3Dihub>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, dez. 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract>. Acesso em: 14 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global plan to stop tuberculosis**. Geneva, 2001. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/global_plan_to_stop_tb_2001_2005.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Normas para establecer proyectos piloto DOTS plus para el tratamiento de la tuberculosis con farmacoresistencia multiple (MDR-TB)**. Geneva, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67203/1/WHO_CDS_TB_2000.279_spa.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Sustainable financing for tuberculosis prevention and control**. In: 58th World Health Assembly. Resolutions and decisions. Resolution WHA 58.14. Geneva, 2005. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_14-en.pdf?ua=1. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. **Stop TB strategy: building and enhancing DOTS to meet the TB related millennium development goals**. Geneva, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/2006/stop_tb_strategy.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43965/1/9789241547581_eng.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. **Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing: WHO report, 2009**. Geneva, 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjkuLx24PUAhUBTJAKHX4LB5YQFggrMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.afro.who.int%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2821&usg=AFQjCNEMO7r8VB2tw1rCg951mBWmlcZK0Q>. Acesso em: 05 ago. 2014.

_____. **Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response.** Geneva, 2010a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44286/1/9789241599191_eng.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. **The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis.** Geneva, 2010b. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/tb_globalplantostoptb2011-2015.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis-2011 update.** Geneva, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44597/1/9789241501583_eng.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2015.

_____. **Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis.** Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Implementing the end TB strategy: the essentials.** Geneva, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Global tuberculosis report 2016.** Geneva, 2016a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

_____. **WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis - 2016 update.** Geneva, 2016b. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/MDRTBguidelines2016.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **J Adv Nurs**, v. 19, n. 1, p. 180-186, jan. 1994. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01066.x/abstract>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

WRIGHT, J. T.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2 trim. 2000.

ZIGNOL, M.; GEMERT, W. V.; FALZON, D.; SISMANIDIS, C.; GLAZIOU, P.; FLOYD, K.; RAVIGLIONE, M. Surveillance of anti-tuberculosis drug resistance in the world: an updated analysis, 2007-2010. **Bull World Health Organ**, Geneva, v. 90, n. 2, p. 111-119, fev. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302554/>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

Anexos

ANEXO 1 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 174/2015, de 28.10.2015

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 23 de outubro de 2015.

Protocolo CAAE: 47893515.7.0000.5393

Projeto: Adaptação e validação de Linha-guia para atenção à Tuberculose Multirresistente

Pesquisadores: Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterro
Pedro Fredemir Palha (orientador)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ANEXO 2 – UNIDADES DE TRATAMENTO DE TBMR IDENTIFICADAS PELO
SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE TRATAMENTOS ESPECIAIS EM TB**

Nº	Região	Estado	Município	Centro de Referência
1	Centro-Oeste	Distrito Federal	Brasília	Centro de Saúde: Hospital Dia – CSB 01
2		Goiás	Goiânia	Hospital de Doenças Tropicais de Goiás
3		Mato Grosso	Cuiabá	CERMAC - Centro de Referência de Média e Alta Complexidade
4		Mato Grosso do Sul	Campo Grande	Hospital São Julião
5	Nordeste	Alagoas	Arapiraca	Cria - Arapiraca
6			Maceió	Hospital Universitário – UFAL
7				IIº Centro de Saúde Dr. Diógenes Jucá Bernardes
8		Bahia	Feira de Santana	Centro de Saúde Especializado Leone Coelho Leda de Feira de Santana
9			Ilhéus	Centro de Saúde de Ilhéus - CAE III
10			Salvador	Hospital Especializado Octavio Mangabeira
11		Ceará	Fortaleza	Hospital De Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes
12		Maranhão	São Luís	Hospital Presidente Getúlio Vargas
13		Paraíba	João Pessoa	HPCF - Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga
14		Pernambuco	Recife	Hospital Das Clinicas da UFPE
15				Hospital Geral Otávio de Freitas
16		Piauí	Teresina	Clínica de Pneumologia Sanitária do H.G.Vargas
17		Rio Grande do Norte	Natal	Hospital Giselda Trigueiro
18		Sergipe	Aracaju	CEMAR - Siqueira Campos
19	Norte	Acre	Rio Branco	SAE -Serviço de Atendimento Especializado Rio Branco - AC
20		Amapá	Macapá	Centro de Referência de Doenças Tropicais
21		Amazonas	Manaus	CREPS Cardoso Fontes
22		Pará	Belém	Hospital Universitário João de Barros Barreto
23			Santarém	URES - Dr. Ismael Araújo
24		Rondônia	Porto Velho	CEMETRON - Centro de Medicina Tropical de Rondônia
25		Roraima	Boa Vista	Hospital Coronel Mota
26		Tocantins	Palmas	Policlínica 108 Sul

27	Sudeste	Espírito Santo	Vitória	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
28		Minas Gerais	Belo Horizonte	Hospital Julia Kubitschek
29			Juiz de Fora	Policlínica Central - Pneumologia de Juiz de Fora
30				Hospital Dr. João Penido - Fhemig
31			Sete lagoas	CEM - Centro De Especialidades Médicas De Sete Lagoas
32			Uberlândia	Ambulatório Amélio Marques Da Universidade Federal De Uberlândia
33		Rio de Janeiro	Niterói	Ambulatório Margareth Dalcolmo / IEDTAP
34				IEDT Ary Parreiras / Internação
35			Rio de Janeiro	Ambulatório do Centro de Referência Professor Hélio Fraga - APGG
36				Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
37				IPEC Fiocruz
38				PCTH Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
39				Sanatório Penal/RJ
40		São Paulo	Américo Brasiliense	Hospital Nestor Goulart Reis – Américo Brasiliense
41			Campinas	HC Unicamp - Campinas
42			Campinas	Policlínica II - Campinas
43			Campos do Jordão	Hospital Leonor Mendes de Barros - São Camilo
44			Fernandópolis	CADIP – Centro de Atendimento a Doenças Infecto Contagiosas e Parasitárias Fernandópolis
45			Guarulhos	Centro de Saúde II CECAP - Guarulhos
46			Mogi das Cruzes	UAPS-1- Unidade De Atendimento Aos Programa De Saúde 1 - Mogi Das Cruzes
47			Presidente Prudente	Ubs Centro Dr. José Teixeira Libório – Ambulatório De Tisiologia De Presidente Prudente
48			Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas - FAEPA - FMRP
49			Santos	Programa de Controle de Tuberculose- SEVIEP
50			São Bernardo do Campo	Ambulatório de Especialidades Médicas I - São Bernardo do Campo
51			São José dos Campos	CTP De Tisiologia Dermatologia Sanitária - S J Campos
52			São Paulo	Ambulatório de Especialidades Tucuruvi – Armando Pupo

53				Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário
54				CRT/DST/AIDS
55				Hospital das Clínicas FMUSP
56				Instituto Clemente Ferreira
57				Instituto de Infectologia Emilio Ribas
58			Sorocaba	Conjunto Hospitalar Sorocaba
59		Paraná	Curitiba	CRE - Metropolitano - Setor de Pneumologia
60				Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
61			Lapa	Hospital Regional da Lapa São Sebastião
62	Sul		Londrina	Centro de Referência Dr. Bruno Piancasteli Filho
63			Paranaguá	Centro Municipal de Diagnóstico - Paranaguá
64		Rio Grande do Sul	Porto Alegre	Associação Hospitalar Vila Nova
65				Hospital Nossa Senhora da Conceição
66				Hospital Sanatório Partenon
67		Santa Catarina	Florianópolis	Hospital Nereu Ramos
68			Joinville	Unidade Sanitária de Joinville

ANEXO 3 – RELATÓRIO DE PEDIDO E RESPOSTA OBTIDA VIA e-SIC

Dados do Pedido

Protocolo	25820000575201756
Solicitante	Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio
Data de Abertura	06/02/2017 13:50
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	01/03/2017
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Solicito os nomes das instituições habilitadas para o tratamento das formas resistentes de tuberculose no Brasil
Detalhamento	Para o desenvolvimento de meu projeto de doutorado, solicito o nome das instituições habilitadas para o tratamento e acompanhamentos dos casos de tuberculose resistente às drogas. Esses dados serão úteis para descrever como ocorre a atenção a doença no Brasil, bem como compreender como devem se organizar os fluxos dos doentes pelo território nacional. Como até o presente momento não há dados publicados de quantas e/ou quais unidades estariam habilitadas ou tratando esses casos no país, será necessário levantá-los por meio do acesso ao sistema de informação para casos especiais de TB. Em anexo segue projeto de pesquisa e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa pelo qual o estudo foi apreciado.

Dados da Resposta

Data de Resposta	23/02/2017 13:21
Tipo de Resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de Resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	Prezada Sra. Jaqueline Garcia, Segue em anexo planilha contendo os nomes das instituições habilitadas para o tratamento das formas resistentes de tuberculose no Brasil que estão cadastradas no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais para Tuberculose (SITE-TB).
Responsável pela Resposta	Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – CGPNCT/DEVIT
Destinatário do Recurso de Primeira Instância:	SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SVS
Prazo Limite para Recurso	06/03/2017

Classificação do Pedido

Categoria do Pedido	Saúde
Subcategoria do Pedido	Participação e controle social em saúde
Número de Perguntas	1

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
06/02/2017 13:50	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE

23/02/2017 13:21	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde
------------------	-------------------	--------------------------

Apêndices

APÊNDICE A - DESCRITORES UTILIZADOS NA BUSCA

Base	Acrônimo	Descrição
Pubmed/Web of Science/ SCOPUS/CINAHL	P	Tuberculosis, Multidrug-Resistant OR Multidrug-Resistant Tuberculosis OR Tuberculosis, Multidrug Resistant OR Tuberculosis, MDR OR MDR Tuberculosis OR Tuberculosis, Multi-Drug Resistant OR Multi-Drug Resistant Tuberculosis OR Tuberculosis, Multi Drug Resistant OR Tuberculosis, Drug-Resistant OR Drug-Resistant Tuberculosis OR Tuberculosis, Drug Resistant
	I	Health services research OR systems integration OR community health services OR administration, public health OR health policy OR health policies OR accountable care organizations OR public health administration OR administration and organization OR disease management OR case management OR social facilitation OR regional medical programs OR centralized hospital service
	O	Treatment Outcome OR Outcome, Treatment OR Clinical Effectiveness OR Clinical Effectivenesses OR Effectiveness, Clinical OR Effectivenesses, Clinical OR Patient-Relevant Outcome OR Outcome, Patient-Relevant OR Outcomes, Patient-Relevant OR Patient Relevant Outcome OR Patient-Relevant Outcomes OR Clinical Efficacy OR Efficacy, Clinical OR Treatment Effectiveness OR Effectiveness, Treatment OR Treatment Efficacy OR Efficacy, Treatment OR Rehabilitation Outcome OR Outcome, Rehabilitation
LILACS	P	Tuberculose resistente a múltiplos medicamentos OR Tuberculose Multidroga Resistente OR Tuberculose Multirresistente a Drogas OR Tuberculose Resistente a Multidrogas OR Tuberculose Resistente a Drogas OR Tuberculose Farmacorresistente OR Tuberculose Resistente a Múltiplas Drogas
	I	Ação Integrada de Saúde OR Ações Integradas de Saúde OR Ações Integradas de Saúde OR Ação Multissetorial OR Coordenação Intersetorial OR Intersetorialidade OR Integração de Sistemas OR Organização e Administração OR Sistemas Administrativos OR Administração em Saúde Pública OR Políticas Públicas de Saúde OR Organização Governamental e Políticas OR Organização e Políticas

		Governamentais OR Política de Saúde Pública OR Políticas de Saúde Pública OR Política em Saúde Pública OR Políticas em Saúde Pública OR Política Pública de Saúde OR Políticas Públicas em Saúde OR PPS Políticas Públicas em Saúde OR Diretrizes das Políticas OR Organizações de Assistência Responsáveis OR Organização de Assistência Responsável OR Organizações Responsáveis pela Assistência OR Organizações Responsáveis de Prestadores de Serviços de Saúde OR Organizações Responsáveis de Cuidados de Saúde OR Organizações de Atenção Responsáveis OR Serviços de Saúde OR Serviços de Atenção ao Paciente OR Consumo de Serviços de Saúde OR Uso de Serviços de Saúde OR Rede Prestadora de Serviços de Saúde OR Reorientação dos Serviços de Saúde OR Saúde Pública OR Saúde Coletiva
	O	Resultado do tratamento OR Resultado de Tratamento OR Efetividade do Tratamento OR Efetividade de Tratamento OR Eficácia do Tratamento OR Eficácia de Tratamento

**APÊNDICE B – ARTIGOS SELECIONADOS NA REVISÃO DE LITERATURA SEGUNDO AUTOR, TÍTULO, REVISTA, LOCAL
DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO E ANO DE PUBLICAÇÃO**

Código	Autor	Título	Revista	Local	Ano	Estratégia
1	QUELAPIO et al.	<i>Responding to the multidrug-resistant tuberculosis crisis: Mainstreaming programmatic management to the Philippine National Tuberculosis Programme</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Filipinas	2010	Implantação do DOTS-plus
2	SINGLA et al.	<i>Seven-year DOTS-Plus pilot experience in India: results, constraints and issues</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Índia	2009	
3	KESHAVJEE et al.	<i>Treating Multidrug-Resistant Tuberculosis in Tomsk, Russia: developing programs that address the linkage between poverty and disease</i>	Ann N Y Acad Sci	Rússia	2008	
4	THOMAS et al.	<i>Management of multi drug resistance tuberculosis in the field: Tuberculosis Research Centre experience</i>	Indian J Tuberc	Índia	2007	
5	MITNICK et al.	<i>Community-Based Therapy for Multidrug-Resistant Tuberculosis in Lima, Peru</i>	N Engl J Med	Peru	2003	
6	BRUST et al.	<i>Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: an alternate model of care</i>	Int J Tuberc Lung Dis	África do Sul	2012	Descentralização da assistência
7	LOVEDAY et al. (SCOPUS)	<i>Comparing early treatment outcomes of MDR-TB in decentralised and centralised settings in KwaZulu-Natal, South Africa</i>	Int J Tuberc Lung Dis	África do Sul	2012	
8	SHANKS et al.	<i>Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in a remote, conflict-affected area of the Democratic Republic of Congo</i>	Int J Tuberc Lung Dis	República Democrática do Congo	2012	
9	HELLER et al.	<i>Community-based treatment for multidrug-resistant tuberculosis in rural KwaZulu-Natal, South Africa</i>	Int J Tuberc Lung Dis	África do Sul	2010	
10	D'AMBROSIO et al.	<i>Supporting clinical management of the difficult-to-treat TB cases: the ERS-WHO TB Consilium</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Leste europeu	2015	Uso de ferramenta de comunicação
11	FRASER et al.	<i>E-Health Systems for Management of MDR-TB in Resource-Poor Environments: A Decade of Experience and Recommendations for Future Work</i>	Stud Health Technol Inform	Peru e outros	2013	

12	JORDAN, T.S.; CULLEN, D.; DAVIES, P.D.O.	<i>A centralised electronic Multidrug-Resistant Tuberculosis Advisory Service: the first 2 years</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Inglaterra	2012	Apoio aos doentes
13	SRIPAD et al.	<i>Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Equador	2014	
14	ACHA et al.	<i>Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: Five years of experience</i>	Global Public Health	Peru	2007	
15	PALACIOS et al.	<i>The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR- TB)</i>	Int J Tuberc Lung Dis	Peru	2003	

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE VISITA TÉCNICA AOS CENTROS DE REFERÊNCIA

Número da visita: _____		Data de realização da visita: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO			
1	Nome do Centro:		
2	Município:		
3	Área de referência:		
4	Existência de outros CR no estado?	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
4.1	Quantidade:		
5	Data de início das atividades: ____/____/____		
6	Horário de atendimento:		
7	Número de pacientes atendidos:		
7.1	Monirresistência:	7.2	Polirresistência:
7.3	TBMR:	7.4	TBXDR:
8	Descrição da estrutura física:		
EQUIPE DE PROFISSIONAIS			
9	Total de profissionais:		
10.1	Médicos:	10.2	Enfermeiros:
		10.3	Assistente social:
		10.4	Outros
11	Coordenador:		
12	Os profissionais desempenham outras atividades?	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
13	Alunos e/ou residentes?	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
14	Observações:		
DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO			
15	Documentos trazidos pelos pacientes:		
16	Sistema de registro:	1- ☐ Manual	2- ☐ Informatizado 3- ☐ Misto
17	Uso do SITETB:	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
18	Profissional responsável pelo registro		
19	Possui prontuário compartilhado com APS?	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
20	Observações:		
DIAGNÓSTICO			
21	Atende pacientes suspeitos de resistência?	1- ☐ Sim	2- ☐ Não
22	Local de realização dos exames diagnósticos		
23	Descrição do controle de contatos:		
24	Comunicação com o laboratório:		
25	Formas de encaminhamento dos pacientes ao CR:		
26	Observações:		

ACOMPAHAMENTO, SEGUIMENTO E ALTA	
27	Descrição dos atendimentos ambulatoriais:
28	Procedimentos em casos de internação:
29	Descrição do TDO:
30	Comunicação com o laboratório:
31	Acompanhamento pós-alta:
32	Observações:
33	Resumo do fluxo de atendimento:
INDICADORES	
34	Cura: 35 Abandono: 36 Falência 37 Óbito
38	Índice de sucesso:
39	Observações:

APÊNDICE D – PRIMEIRA VERSÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO

Logo da Instituição
Nome do Centro de Referência
Programa de Controle da Tuberculose

Caderneta de Controle do Tratamento

Identificação

Nome: _____
 Data de nascimento: _____ Idade: _____
 Número do cartão SUS: _____
 Número SINAN: _____ Número SITETB: _____
 Número TBWEB (para estado de São Paulo): _____
 Endereço: _____

 Município: _____
 Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
 E-mail: _____
 Unidade de Saúde em que realiza o TDO: _____
 Enfermeiro (a) responsável pelo TDO: _____
 Telefone da Unidade de Saúde: (____) _____; (____) _____
 E-mail do enfermeiro da US: _____

Centro de Referência
 Programa de Controle da Tuberculose
 Endereço, Cidade, Telefone

Gestor(es) do Caso: _____
 Telefone (____) _____
 E-mail: _____
 Horário de funcionamento: _____

Dados clínicos:

Data da notificação: _____ Data do diagnóstico: _____
 Data do início do tratamento: _____
 Altura: _____ Peso inicial: _____

Padrão de resistência:

() Monorresistência à _____
 () Polirresistência à _____
 () Multirresistência à _____
 () Extensiva resistência à _____

Tratamentos anteriores:

Mês/ Ano	Drogas utilizadas no tratamento														Resultado do tratamento
	R	H	Z	E	S	Et	Otx	Trd	Cfr	Am	Km	Cp	Lfx	Mfx	PAR

Tipo de resistência: () Primária () Adquirida

Comorbidades: _____

Medicamentos em uso (exceto para TB):

Nome do medicamento	Dose	Posologia

Condições especiais:

Gestante: () Sim () Não Amamentação: () Sim () Não
 Outra condição: _____

Apresentação

Este documento é a Caderneta de Controle do Tratamento da tuberculose multirresistente. Foi desenvolvido para promover a troca de informações entre os doentes, seus familiares e a equipe de saúde que os assistem.

O tratamento da doença se dá em dois pontos de atenção diferentes, o Centro de Referência e a Atenção Primária à Saúde. Esse documento será uma importante ferramenta de comunicação entre os profissionais de saúde, pois, muitas vezes, esses serviços ficam distantes geograficamente e suas distintas rotinas de funcionamento tornam difícil o diálogo entre as equipes.

Para isso, pedimos muita atenção aos campos que cada Serviço de Saúde e suas equipes deverão preencher, bem como aqueles que serão destinados ao seu conhecimento. Lembrando que assuntos de caráter mais urgente necessitam de maior rapidez de resolução e que manter telefones e endereços eletrônicos atualizados são muito importantes.

Esse documento deverá ficar com o doente, que, por sua vez, será responsável por levar consigo a todos os serviços de saúde que frequenta.

Desde já agradecemos sua colaboração e parceria!

Esquema da Caderneta de Controle do Tratamento

Informações para o doente e seus familiares

Olá,

Infelizmente, você está doente!

A doença que está afetando-o se chama tuberculose: ela é contagiosa e compromete, principalmente, os pulmões. Por esse motivo é que você possivelmente perdeu muito peso, está com tosse frequente, se sentido mais cansado, tido talvez falta de ar ao se esforçar e pode até apresentar sangramento ao escarrar. É comum que tenha tido febre e seu apetite tenha diminuído.

No seu caso, é preciso ainda mais atenção, porque está com tuberculose multirresistente. Isso significa que os medicamentos que normalmente são utilizados não farão efeito. Por isso, você precisará utilizar medicamentos mais potentes e por mais tempo.

O Tratamento

Para que possa voltar a se sentir bem é preciso fazer o tratamento corretamente. Isso significa que deverá tomar os medicamentos que o médico irá receitar todos os dias por, pelo menos, 18 meses (um ano e meio). Esse médico irá examiná-lo todos os meses, e, quando necessário, irá pedir exames de sangue, escarro e radiografia. Dessa forma, ele saberá se você está melhorando. Ele o atenderá no Centro de Referência

Sabemos que o tratamento é muito longo e que essa não é uma tarefa fácil, então a equipe da Unidade de Saúde _____ que fica próxima à sua casa irá ajudar.

O (a) enfermeiro (a) _____ será a pessoa responsável por acompanhar seu tratamento de segunda a sexta-feira e ele (a) vai combinar com você a melhor hora para que você vá à Unidade de Saúde e tomar o medicamento. Caso tenha alguma dificuldade, você deve procurá-lo, e se necessário, ele entrará em contato com a equipe que cuida de você no Centro de Referência.

Nos seis primeiros meses, você precisará tomar comprimidos e receber injeções, que à medida que você apresentar melhora vão diminuindo em quantidade, até que você não precisará mais delas. Depois de seis meses, caso esteja tudo correndo bem, você tomará apenas comprimidos, sempre junto ao enfermeiro ou funcionário da Unidade de Saúde.

Toda sexta-feira, o enfermeiro irá explicar como você deverá tomar os comprimidos e entregará dois pacotinhos: um para sábado e outro para domingo. Tome os medicamentos corretamente para que não comprometa seu tratamento!

Peça para alguém ajudá-lo a lembrar, pode ser sua mãe, esposa(o), filho(a), vizinho(a), amigo(a). É muito importante que não se esqueça!!!

Todos que cuidam de você querem muito vê-lo curado, mas você precisa se esforçar muito para que isso aconteça. Estaremos sempre ao seu lado.

Para saber se você está ou não melhorando com a medicação, é muito importante que realize mensalmente o exame de escarro (enquanto tiver), Raio-X a cada três meses e demais exames que a equipe do Centro de Referência achar necessários.

Efeitos colaterais

O efeito colateral mais comum é a dor nas articulações. Nesse caso, o uso de vitamina que o médico irá receitar pode melhorar, e ele poderá também passar alguma medicação para dor, se necessário. Além disso, podem aparecer esses sintomas:

- Alergias de pele: vermelhidão, coceira ou feridas;
- Zumbido no ouvido e problemas para escutar;
- Visão embaçada e/ou dificuldades para enxergar;
- Náuseas e/ou vômitos;
- Perda de apetite;
- Dor abdominal (na barriga);
- Febre;
- Alteração nos rins;
- Alterações no comportamento, como irritação, agitação e outros;
- Fraqueza, dormência ou dor em mãos e pés;
- Dor de cabeça;
- Insônia (dificuldade para dormir);
- Convulsão (em casos bem raros).

Nos casos desses sintomas citados acima, entre em contato com o enfermeiro da Unidade de Saúde. É importante sempre conversar com seu médico durante a consulta e contar o que está sentindo.

Lembre-se:

Consumir álcool durante o tratamento aumentam as chances de ocorrer efeitos colaterais e diminuem a eficácia do tratamento.

Então evite!

Caso queira parar (com as drogas também), entre em contato com o enfermeiro!

Atenção:

Conte ao médico quais os medicamentos que usa normalmente em casa.

Caso esteja grávida ou amamentando precisa contar também!

Em casa

A tuberculose é uma doença contagiosa, mas não precisa separar suas roupas, copos ou talheres do restante de sua família.

Para que tenha menos risco de transmitir para seus familiares procure deixar a casa bem ventilada, abrindo as portas e janelas, deixando a luz e o ar entrar.

Além de você, alguém mais pode estar doente!

- Como a tuberculose é uma doença contagiosa e é transmitida facilmente, pode ser que algum dos seus familiares ou pessoas que tem contato próximo de você esteja doente. Por isso, todas as pessoas que convivem perto de você devem comparecer à Unidade de Saúde para serem avaliados e realizarem os devidos exames.
- Fique atento, caso alguém com quem conviva esteja tossindo, oriente sobre a necessidade de passar por consulta!

Segurança

Enquanto estiver com os exames de escarro positivos, ou seja, é preciso que use uma máscara para cobrir a boca e o nariz ao sair de casa. Você poderá pegar a máscara no Centro de Referência ou na Unidade de Saúde.

Não se esqueça de colocá-la, principalmente quando estiver com muitas pessoas, como em ônibus, supermercados, hospitais e na Unidade de Saúde.

Cubra a boca e nariz ao tossir ou espirrar!

É muito importante cuidar das outras pessoas para que elas não adoeçam também!!!

ATENÇÃO:

Esta caderneta contém todas as informações necessárias para que os profissionais de saúde possam cuidar de você.

Lembre-se sempre de trazê-la com você todas as vezes que procurar os Serviços de Saúde (Centro de Referência e Unidade de Saúde), para anotarmos todos os dados importantes de seu tratamento.

NÃO A PERCA!!!

Para uso dos profissionais de Saúde

Prezado (a) colega enfermeiro (a),

Você está recebendo o (a) Senhor (a) _____, pertencente à sua área de abrangência. Ele (a) está em acompanhamento no Centro de Referência _____ devido à tuberculose multirresistente (TBMR), cujo tratamento foi iniciado em __/__/__, com programação de término em __/__/__. Sendo que mensalmente ele (a) será reavaliado (a) e terá uma nova prescrição de medicamentos.

A programação de tratamento é a seguinte:

Período: __/__/__ a __/__/__ (____ meses)		
Medicamento	Via de administração	Quantidade de meses

A TBMR ocorre quando há resistência à rifampicina e isoniazida (dois principais medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose) e a TBXDR (tuberculose extensivamente resistente) é uma forma ainda mais grave, caracterizada pela resistência à rifampicina, isoniazida, uma

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

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

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

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

Além de outras questões que julgar pertinentes.

Lembramos que o TDO:

Consiste na ingestão diária do medicamento sob a supervisão de um profissional de saúde. Esta atividade busca fortalecer a adesão do doente ao tratamento e diminuir os casos de abandono. Sendo uma estratégia de grande importância para o controle da TB e em especial da TBMR.

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

O profissional do Centro de Referência a ser contatado para discutir as questões relacionadas a esse doente é o (a) Gestor(a) de seu caso e as informações necessárias para seu contato estão nas páginas de identificação no início desta cademeta.

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

Desde já agradecemos sua colaboração e parceria!

Dicas importantes:

- ✓ A medicação deverá ser administrada sob supervisão nos dias úteis de segunda a sexta-feira até a alta do tratamento, no horário da manhã, até às 10h;
- ✓ Mesmo após o término da medicação injetável, o TDO deverá ser realizado de segunda a sexta-feira até a alta do tratamento;
- ✓ Não há necessidade de jejum para a ingestão dos medicamentos;
- ✓ As doses dos finais de semana devem ser entregues na sexta-feira e, em casos de feriados, entregar a medicação ao doente no dia anterior ao feriado, reforçando seu uso correto;
- ✓ É de extrema importância preencher corretamente a planilha de controle do TDO, assinar e carimbar o documento. Em casos de faltas, registrar "FALTA" sem a necessidade de carimbo ou assinatura;
- ✓ Entrar em contato com o Gestor do Caso na ocorrência de faltas há ____ dia(s), nos telefones presentes na folha de identificação desta cademeta;
- ✓ Sugerimos que a Unidade de Saúde possua um cartão espelho para melhor controle do tratamento, bem como uma opção de consulta às informações em caso de perda desta cademeta;
- ✓ **ATENÇÃO:** o doente deverá ter consigo esta cademeta. Por favor, ajude-o a lembrar que deverá trazê-la ao Centro de Referência para continuidade e atualização de seu cuidado!

Acompanhamento do tratamento

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

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

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

É muito importante que a Unidade de Saúde da Atenção Primária esteja atenta à necessidade de realização de exames para que possa intermediar insumos e meios de transporte de amostras e pessoas, caso seja preciso.

Os resultados referentes aos exames coletados serão registrados pelo Centro de Referência nesta caderneta. É importante acompanhá-los para verificar os riscos de disseminação dos bacilos. Assim, enquanto o doente apresentar baciloscopia e/ou cultura de escarro positiva serão necessárias medidas de biossegurança para o controle da infecção por TB na comunidade.

Exame dos contatos

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

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

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

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

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

A responsabilidade de buscar e avaliar os contatos é da Atenção Primária à Saúde. Porém, o Centro de Referência está disponível para discussão do melhor regime a ser adotado, bem como de exames a serem solicitados.

Entre em contato com o Gestor do Caso para maiores esclarecimentos!

Medidas de Controle da Infecção

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

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

O controle de infecção por TB tem três componentes e são eles:

- *controles administrativos* - identificação precoce de casos potencialmente infectantes, agilidade em iniciar tratamento efetivo e controle do fluxo do doente na instituição, bem como a educação do doente para cobrir boca e nariz ao tossir e espirrar;
- *controles ambientais ou de engenharia* - medidas baseadas no princípio da seguinte afirmação "quanto maior a diluição e a remoção de partículas infectantes no ar ambiente, menor o risco de infecção pelo bacilo", como uso de filtros, direcionamento do ar estrategicamente, dentre outras medidas;
- *proteção respiratória individual* - uso de máscaras N95 ou PFF2 para profissionais de saúde e máscara cirúrgica para o doente.

Lembramos que os controles administrativos são os mais eficazes e menos dispendiosos.

Critérios de cura e acompanhamento pós-cura

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

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

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

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

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

Registro da avaliação dos contatos

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

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

23

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resultados de exames - TBMR

Exames iniciais:

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

Outros exames:

Exame	Mês de tratamento	Data da realização	Resultado
HIV			

Acompanhamento radiológico

Mês de tratamento	Apresentação da radiografia	Evolução radiológica	Observações

24

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

Exames bacteriológicos de acompanhamento
--

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

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

Acompanhamento do Peso

[illegible]

Controle Mensal do Tratamento Diretamente Observado

Instruções para o preenchimento

Administrar os medicamentos conforme descrito na prescrição recente

Preencher com os dias do mês correspondentes aos dias da semana;

Assinar e carimbar a supervisão da medicação

Ir preenchendo diariamente, não deixar para preencher tudo em um dia só

Assinar somente quando realizada a medicação, em caso de falta não assinar ou carimbar

27

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mês

Planilha mensal de controle do TDO

Mês: _____ Ano: _____

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

Medicamentos: () Amoxicilina () Estreptomicina () Capreomicina () Isoniazida () Pirazinamida () Etambutol () Etionamida
 () Ofloxacino () Levofloxacino () Moxifloxacino () Terezydona () Clotazimina () PAS (sachê) () Piroxina
 () Outros: _____

Observações ao Centro de Referência

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

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Observações à Atenção Primária à Saúde

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

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

APÊNDICE E – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS JUNTO AOS ESPECIALISTAS NA PRIMEIRA RODADA DO ESTUDO DELPHI

Apresentação dos temas

	A	B	C	D	E	F	G
1			Nível de concordância sobre o item (indique com um X)				
2		Itens de avaliação	Não relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Comentários e sugestões
3		Identificação do doente					
4	A1	Nome					
5	A2	Data de nascimento					
6	A3	Idade					
7	A4	Nº cartão SUS					
8	A5	Nº SINAN					
9	A6	Nº SITETB					
10	A7	Endereço					
11	A8	Telefone					
12	A9	Celular					
13		Identificação Unidade de Saúde (US) Atenção Primária					
14	B1	US do TDO					
15	B2	Enfº do TDO					
16	B3	Telefone da US					
17	B4	E-mail do enfermeiro da US					
18		Identificação do Centro de Referência					
19	C1	Indicação de um Gestor do Caso					
20	C2	Telefone					
21	C3	E-mail					
22	C4	Horário de funcionamento					
23		Dados Clínicos					
24	D1	Data da notificação					
25	D2	Data do diagnóstico					
26	D3	Data do início do tratamento					
27	D4	Altura					
28	D5	Peso inicial					
29	D6	Padrão de Resistência					
30	D7	Quadro para tratamentos anteriores					
31	D8	Tipo de resistência					
32	D9	Comorbidades					
33	D10	Medicamentos em uso (exceto para TB)					
34	D11	Condições especiais					

	A	B	C	D	E	F	G
1			Nível de concordância sobre o item (indique com um X)				Comenários e sugestões
2		Itens de avaliação	Não relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	
35		Agendamento das consultas no Centro de Referência					
36	E1	Tabela para registro das datas de consultas					
37		Registro da avaliação dos contatos					
38	F1	Nome					
39	F2	Idade					
40	F3	Tipo de contato					
41	F4	Avaliado (data)					
42	F5	Tratamento para TB latente (data de início)					
43	F6	TB esquema básico (data de início)					
44	F7	Tratamento TBMR (data de início)					
45	F8	Orientação (data)					
46		Resultados de exames					
47	G1	Exames iniciais					
48	G2	Baciloscopia					
49	G3	Cultura de escarro					
50	G4	Teste rápido molecular					
51	G5	Teste de sensibilidade às drogas					
52	G6	Outros exames					
53	G7	Acompanhamento radiológico					
54	G8	Exames bacteriológicos de acompanhamento					
55	G9	Baciloscopia mensal					
56	G10	Cultura de escarro					
57		Acompanhamento do peso					
58	H1	Tabela para registro do peso mensal					
59		Planilha mensal de controle do TDO					
60	I1	Espaços para dias da semana					
61	I2	Espaços para assinatura					
62	I3	Espaço para carimbo do profissional					
63	I4	Medicamentos prescritos/ a serem administrados					
64	I5	Instruções para o preenchimento					

	A	B	C	D	E	F	G
1			Nível de concordância sobre o item (indique com um X)				Comenários e sugestões
2		Itens de avaliação	Não relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	
69	J2	Informações destinadas aos doentes e seu familiares					
70	J2.1	Definição da doença					
71	J2.2	Descrição do tratamento					
72	J2.3	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento					
73	J2.4	Informações sobre os efeitos colaterais					
74	J2.5	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento					
75	J2.6	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento					
76	J2.7	Medidas de cuidados intradomiciliar					
77	J2.8	Informações sobre avaliação dos contatos					
78	J2.9	Medidas de controle da infecção em comunidade					
79	J2.10	Dados sobre o conteúdo da caderneta					
80	J2.11	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta					
81	J3	Informações para os profissionais de saúde					
82	J3.1	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)					
83	J3.2	Importância do TDO					
84	J3.3	Definição do TDO					
85	J3.4	Dicas sobre a condução do TDO					
86	J3.5	Medidas para o acompanhamento do tratamento					
87	J3.6	Quadro com exames necessários e frequência					
88	J3.7	Necessidade de exame dos contatos					
89	J3.8	Responsabilidade de exame dos contatos					
90	J3.9	Definição de passos para avaliação dos contatos					
91	J3.10	Possibilidade de contato com o Centro de Referência para discussão do tratamento dos contatos					
92	J3.11	Medidas de controle da infecção					
93	J3.12	Critérios de cura e acompanhamento					

	B	C	D	E	F	G	H
1			Nível de concordância sobre o item (indique com um X)				Comenários e sugestões
2		Itens de avaliação	Não relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	
95		Temas não abordados (seriam necessários?)					
96	L1	Identificação do doente					
97	L1.1	Raça/Cor					
98	L1.2	Ocupação					
99	L1.3	Escolaridade					
100	L1.4	Possível local de contágio					
101	L1.5	Unidade de Notificação/Vigilância					
102		Resultados de exames					
103	L2.1	Monitoramento dos dados de laboratório (exames gerais, TGO, TGP)					
104	L2.2	Monitoramento dos sinais vitais					

Apresentação dos conteúdos

	A	B	C	D	E	F	G	H
	Itens de avaliação			Nível de concordância sobre o item (indique com um X)				Comentários e Sugestões
				Contempla o requisito	Contempla o requisito mas necessita de alteração mínima	Incapaz de contemplar o requisito	Não contempla o requisito	
	Informações ao doente e familiares							
1	1	Definição da doença	Adequação da linguagem					
2			Clareza					
3			Objetividade					
4			Coerência					
5			Fidedignidade de informação*					
6	2	Descrição do tratamento	Compleitude das informações					
7			Adequação da linguagem					
8			Clareza					
9			Objetividade					
10			Coerência					
11	3	Necessidade de realização dos exames de acompanhamento	Fidedignidade de informação*					
12			Compleitude das informações					
13			Adequação da linguagem					
14			Clareza					
15			Objetividade					
16	4	Informações sobre os efeitos colaterais	Coerência					
17			Fidedignidade de informação*					
18			Compleitude das informações					
19			Adequação da linguagem					
20			Clareza					
21	5	Lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento	Objetividade					
22			Coerência					
23			Fidedignidade de informação*					
24			Compleitude das informações					
25			Adequação da linguagem					
26	6	Lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento	Clareza					
27			Objetividade					
28			Coerência					
29			Fidedignidade de informação*					
30			Compleitude das informações					
31	7	Medidas de cuidados intradomiciliar	Adequação da linguagem					
32			Clareza					
33			Objetividade					
34			Coerência					
35			Fidedignidade de informação*					
36			Compleitude das informações					
37			Adequação da linguagem					
38			Clareza					
39			Objetividade					
40			Coerência					
41			Fidedignidade de informação*					
42			Compleitude das informações					

47			Adequação da linguagem					
48			Clareza					
49	8	Informações sobre avaliação dos contatos	Objetividade					
50			Coerência					
51			Fidedignidade de informação*					
52			Completeness das informações					
53			Adequação da linguagem					
54			Clareza					
55	9	Medidas de controle da infecção em comunidade	Objetividade					
56			Coerência					
57			Fidedignidade de informação*					
58			Completeness das informações					
59			Adequação da linguagem					
60			Clareza					
61	10	Dados sobre o conteúdo da caderneta	Objetividade					
62			Coerência					
63			Fidedignidade de informação*					
64			Completeness das informações					
65			Adequação da linguagem					
66			Clareza					
67	11	Reforço da responsabilidade do doente pela caderneta	Objetividade					
68			Coerência					
69			Fidedignidade de informação*					
70			Completeness das informações					
71	Informações aos profissionais de saúde							
72			Adequação da linguagem					
73			Clareza					
74	12	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final)	Objetividade					
75			Coerência					
76			Fidedignidade de informação*					
77			Completeness das informações					
78			Adequação da linguagem					
79			Clareza					
80	13	Importância do TDO	Objetividade					
81			Coerência					
82			Fidedignidade de informação*					
83			Completeness das informações					
84			Adequação da linguagem					
85			Clareza					
86	14	Definição do TDO	Objetividade					
87			Coerência					
88			Fidedignidade de informação*					
89			Completeness das informações					

	A	B	C	D	E	F	G	H
90			Adequação da linguagem					
91			Clareza					
92	15	Dicas sobre a condução do TDO	Objetividade					
93			Coerência					
94			Fidedignidade de informação*					
95			Completeness das informações					
96			Adequação da linguagem					
97			Clareza					
98	16	Medidas para o acompanhamento o do tratamento	Objetividade					
99			Coerência					
100			Fidedignidade de informação*					
101			Completeness das informações					
102			Adequação da linguagem					
103	17	Recomendações para o acompanhamento o do tratamento	Clareza					
104			Objetividade					
105			Coerência					
106			Fidedignidade de informação*					
107			Completeness das informações					
108			Adequação da linguagem					
109			Clareza					
110	18	Recomendações quanto ao exame dos contatos	Objetividade					
111			Coerência					
112			Fidedignidade de informação*					
113			Completeness das informações					
114			Adequação da linguagem					
115			Clareza					
116	19	Processo de investigação dos contatos	Objetividade					
117			Coerência					
118			Fidedignidade de informação*					
119			Completeness das informações					
120			Adequação da linguagem					
121	20	Informe sobre a responsabilidade da busca e exame dos contatos	Clareza					
122			Objetividade					
123			Coerência					
124			Fidedignidade de informação*					
125			Completeness das informações					
126			Adequação da linguagem					
127			Clareza					
128	21	Medidas de controle da infecção	Objetividade					
129			Coerência					
130			Fidedignidade de informação*					
131			Completeness das informações					
132			Adequação da linguagem					
133	22	Critérios de cura e acompanhamento o pós-cura	Clareza					
134			Objetividade					
135			Coerência					
136			Fidedignidade de informação*					
137			Completeness das informações					

APÊNDICE F – CARTA CONVITE PARA A PARTICIPAÇÃO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-9
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Convite à participação

Tendo em vista a complexa problemática da tuberculose multirresistente (TBMR) no que se refere às manifestações clínicas, tratamento, capacidade de disseminação, e a dificuldade no manejo dos doentes com tratamentos longos, faz-se necessária a busca por novas tecnologias que permitam melhor controle da doença.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo construir e validar junto a especialistas de cinco Centros de Referência para a assistência à TBMR um documento que permita melhor **Gestão do Caso Clínico**, contendo informações direcionadas ao doente e familiares, orientações aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) que realizam o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e que permita receber informações provenientes da APS. A esse documento daremos o nome de “*Caderneta de Controle do Tratamento*”.

Esse material foi produzido com o intuito de subsidiar as atividades de Gestão do Caso que são: planejamento, monitoramento e avaliação das ações de cuidado e coordenação da atenção à saúde. Por meio do empoderamento dos doentes para a realização do autocuidado e veiculação de informações referentes ao caso, facilitando a comunicação entre os prestadores de serviços por todo o sistema de saúde. Como o Centro de Referência tem um contato prolongado com os doentes e seus profissionais possuem experiência e conhecimento para a condução do tratamento da TBMR, entende-se que este ponto de atenção esteja melhor capacitado para gerir os casos.

Assim, este estudo pretende consultar os participantes sobre as informações que devem circular entre os pontos de atenção (Centro de Referência e Atenção Primária à Saúde) para melhoria da assistência. Assim, consultaremos a opinião dos participantes quanto a dois aspectos: os temas ou assuntos que devem ser abordados, julgados de acordo com sua relevância para o controle do tratamento; e o conteúdo de cada um dos temas abordados na Caderneta, julgados em relação aos critérios: adequação da linguagem, clareza, objetividade, coerência, fidedignidade das informações e completude das informações. Bem como a possibilidade de sugestões de temas e/ou conteúdos.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

O método escolhido para a realização desta pesquisa foi a Técnica Delphi que consiste na solicitação, coleta, tabulação, e avaliação de dados a respeito de um determinado fenômeno por meio da opinião de um grupo de especialistas na área onde o estudo será desenvolvido, buscando-se a obtenção de consenso. Dessa forma, enviaremos os dois documentos separadamente para consulta, como a técnica prevê consenso entre os especialistas (adotada como de 70% para essa investigação), provavelmente a consulta será realizada mais de uma vez, até que se atinja a porcentagem de concordância estipulada.

Devido ao cumprimento de prazos e dinamismo do processo, solicita-se que as respostas sejam enviadas aos pesquisadores com o prazo de uma semana (sete dias corridos). Em cada uma das etapas serão apresentadas as porcentagens de concordância, respeitando o anonimato dos participantes.

Em caso de dúvidas estou disponível para esclarecimentos por e-mail ou telefone. Além disso, peço que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e envie por e-mail ou correio.

Desde já agradecemos pela participação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

Enfª Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterio
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

Contato:

Av. Mauá, 390. Centro. Araraquara-SP. CEP: 14801-190.

E-mail: jaqueco@gmail.com; jaqueline.almeida@usp.br;

palha2012@gmail.com; palha@eerp.usp.br

Telefones: (16) 3315-3949; (16) 99238-7041

APÊNDICE G – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Dados referentes ao juiz

Item	Preencher os campos de acordo com seus dados pessoais
Data de nascimento:	
Profissão:	
Ano em que se graduou	
Área em que realizou pós-graduação	
Ano em que terminou a pós graduação	
Instituição em que trabalha	
Tempo (em anos) na Instituição	
Cargo na Instituição (se possuir)	
Tempo de atuação com TBMR	
Realiza pesquisa na área de TBMR?	() Sim () Não

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Por meio deste termo, gostaríamos de informá-lo (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa *“Construção e validação da Caderneta de Controle do Tratamento para Tuberculose Multirresistente”*, e solicitar a sua participação na realização deste estudo.

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

Convido o(a) senhor(a) para participar desta pesquisa, a qual tem o objetivo construir e validar uma ferramenta para a Gestão dos Casos de tuberculose multirresistente pelos Centros de Referência. Para isso, precisaremos manter contato telefônico e por email, ou ainda por correspondência, caso prefira. Sua participação consistirá, primeiramente no consentimento para a observação não participante de suas atividades e rotinas no Centro de Referência em que trabalha, bem como o fornecimento de informações sobre as atividades desenvolvidas. Em um segundo momento, o convidaremos a opinar acerca de um documento chamado de “Caderneta de Controle do Tratamento”, que visa permitir melhor Gestão do Caso Clínico, contendo informações direcionadas ao doente e familiares, orientações aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) que realizam o Tratamento Diretamente Observado (TDO) e que permita receber informações provenientes da APS. Os documentos, bem como o questionário que o acompanha serão encaminhados por email ou correio, e o (a) senhor(a) deverá opinar e nos devolver em data combinada. Provavelmente serão necessárias várias consultas ao senhor (a), visto é necessário que se atinja um consenso entre os demais participantes da pesquisa. As informações fornecidas contribuirão com o conhecimento das possibilidades de atuação frente ao controle da tuberculose multirresistente.

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

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

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

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

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê de Ética em Pesquisa também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam de pesquisas e preservar os seus direitos. Assim, se necessário for, entre em contato com este Comitê de Ética em Pesquisa para obter maiores informações pelo telefone (16) 3315-3386, das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. Caso deseje falar conosco, o(a) senhor(a) poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3602-3949, ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), na Avenida Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – São Paulo, CEP: 14.040-902.

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

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do entrevistado (a)

Enf^a Jaqueline Garcia de Almeida
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900.
Laboratório 153
Telefone: (16) 3602-3949
E-mail: jaqueline.almeida@usp.br

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900.
Laboratório 153
Telefone: (16) 3602-3949
E-mail: palha@eerp.usp.br

APÊNDICE I – SEGUNDA VERSÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO

Logo da Instituição

Nome do Centro de Referência

Programa de Controle da Tuberculose

***Caderneta de Controle
do Tratamento***

Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade (à lápis): _____

Número do cartão SUS: _____

Número SINAN: _____ Número SITETB: _____

Número TBWEB (para estado de São Paulo): _____

Endereço: _____

Município: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

Telefone para recado (familiar): _____

E-mail: _____

Unidade de Saúde em que realiza o TDO: _____

Enfermeiro (a) responsável pelo TDO (à lápis a ser atualizado quando houver troca de profissional): _____

Telefone da Unidade de Saúde: () _____; () _____

E-mail do enfermeiro da US: _____

Horário de funcionamento: _____

Informações sobre o Centro de Referência
(Nome da instituição, endereço, telefone, fax, site)

Profissionais Responsáveis: _____

Telefone () _____

E-mail: _____

Horário de funcionamento: _____

Dados clínicos:

Data da notificação: _____ Data do diagnóstico: _____

Unidade de notificação/vigilância: _____

Data do início do tratamento: _____ Altura: _____ Peso inicial: _____

Padrão de resistência:

() Monorresistência à _____

() Polirresistência à _____

() Multirresistência à _____

() Extensiva resistência à _____

Tratamentos anteriores:

Mês/ Ano	Drogas utilizadas no tratamento															Resultado do tratamento
	R	H	Z	E	S	Et	Otx	Trd	Ctx	Am	Km	Cp	Lfx	Mfx	PAS	

Tipo de resistência: () Primária () Adquirida

Comorbidades: _____

Medicamentos em uso (exceto para TB):

Nome do medicamento	Dose	Posologia

Condições especiais:

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

Contracepção: () Sim () Não Qual: _____

Outra condição: _____

Apresentação

Este documento é a **Caderneta de Controle do Tratamento** da tuberculose multirresistente. Foi desenvolvido para promover a troca de informações entre os doentes, seus familiares e a equipe de saúde que os assistem.

O tratamento da doença se dá em dois pontos de atenção diferentes, o *Centro de Referência* e a *Atenção Primária à Saúde*. Esse documento será uma importante ferramenta de comunicação entre os profissionais de saúde, pois, muitas vezes, esses serviços ficam distantes geograficamente e suas distintas rotinas de funcionamento tomam difícil o diálogo entre as equipes.

Para isso, pedimos muita atenção aos campos que cada Serviço de Saúde e suas equipes deverão preencher, bem como aqueles que serão destinados ao seu conhecimento. Lembrando que assuntos de caráter mais urgente necessitam de maior rapidez de resolução e que manter telefones e endereços eletrônicos atualizados são muito importantes.

Esse documento deverá ficar com o doente, que, por sua vez, será responsável por levar consigo a todos os serviços de saúde que frequenta.

Desde já agradecemos sua colaboração e parceria!

Esquema da Caderneta de Controle do Tratamento

Informações para o doente e seus familiares

Olá,

Você está com tuberculose: uma doença contagiosa e que afeta principalmente, os pulmões. Por esse motivo é que você possivelmente perdeu muito peso, está com tosse frequente, se sentido mais cansado, tido talvez falta de ar ao se esforçar e pode até apresentar sangramento ao escarrar. É comum que tenha tido febre e seu apetite tenha diminuído.

No seu caso, é preciso ainda mais atenção, porque está com **tuberculose multirresistente**. Isso significa que os medicamentos que normalmente são utilizados não farão efeito. Por isso, você precisará utilizar medicamentos mais potentes e por mais tempo.

Mas fique calmo!
Se fizer o tratamento de forma
correta, você poderá se curar.

O Tratamento

Para que possa voltar a se sentir bem é preciso fazer o tratamento corretamente. Isso significa que deverá tomar os medicamentos que o médico irá receitar todos os dias por, pelo menos, 18 meses (um ano e meio). Esse médico irá examiná-lo todos os meses, e, quando necessário, irá pedir exames de sangue, escarro e radiografia. Dessa forma, ele saberá se você está melhorando. Ele o atenderá no Centro de Referência

Sabemos que o tratamento é muito longo e que essa não é uma tarefa fácil, então a equipe da Unidade de Saúde _____ que fica próxima à sua casa irá ajudar.

O (a) enfermeiro (a) _____

será a pessoa responsável por acompanhar seu tratamento de segunda a sexta-feira e ele (a) vai combinar com você a melhor hora para que você vá à Unidade de Saúde e tomar o medicamento. Caso tenha alguma dificuldade, você deve procurá-lo, e se necessário, ele entrará em contato com a equipe que cuida de você no Centro de Referência.

Nos primeiros meses, você precisará tomar comprimidos todos os dias e receber injeções três vezes por semana. É importante que vá todos os dias na Unidade de Saúde, mesmo nos dias em que tem de tomar apenas comprimidos. É importante não faltar às consultas no Centro de Referência, pois é lá que o médico irá determinar quais os medicamentos e por quanto tempo deverá utilizar.

Nos finais de semana sua responsabilidade
será ainda maior, então muita atenção!!!

Toda sexta-feira, o enfermeiro irá explicar como você deverá tomar os comprimidos e entregará dois pacotinhos: um para sábado e outro para domingo. Tome os medicamentos corretamente para que não comprometa seu tratamento!

Peça para alguém ajudá-lo a lembrar, pode ser sua mãe, esposa(o), filho(a), vizinho(a), amigo(a). É muito importante que não se esqueça!!!

Todos que cuidam de você querem muito vê-lo curado, mas
você precisa se esforçar muito para que isso aconteça.
Estaremos sempre ao seu lado.

Para saber se você está ou não melhorando com o medicamento, é muito importante que realize mensalmente o exame de escarro (enquanto tiver), Raio-X a cada três meses e demais exames que a equipe do Centro de Referência achar necessários.

Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais mais comuns ao uso dessas medicações são:

- Náuseas;
- Vômitos;
- Dor nas articulações.

Caso você sinta esses sintomas ou algo estranho, entre em contato com o enfermeiro da Unidade de Saúde. É importante sempre conversar com seu médico durante a consulta e contar o que está sentindo, ele poderá receitar medicamentos para que se sinta melhor.

Lembre-se:

Consumir álcool durante o tratamento aumentam as chances de ocorrer efeitos colaterais e diminuem a eficácia do tratamento.

Então evite!

Caso queira parar (com as drogas também), entre em contato com o enfermeiro!

Atenção:

Conte ao médico quais os medicamentos que usa normalmente em casa.

Caso esteja grávida ou amamentando precisa contar também!

Em casa

A tuberculose é uma doença contagiosa, mas não precisa separar suas roupas, copos ou talheres do restante de sua família.

Para que tenha menos risco de transmitir para seus familiares procure deixar a casa bem ventilada, abrindo as portas e janelas, deixando a luz e o ar entrar.

Além de você, alguém mais pode estar doente!

- Como a tuberculose é uma doença transmissível, pode ser que algum dos seus familiares ou pessoas que tem um contato próximo de você estejam doentes;
- Por isso, todas as pessoas que convivem perto de você precisam comparecer à Unidade de Saúde para fazer exames e passar por consulta com o médico;
- Fique atento!

Segurança

Enquanto estiver com os exames positivos é preciso que use uma máscara para cobrir a boca e o nariz ao sair de casa. Trata-se de uma máscara cirúrgica (aquelas brancas) e você poderá pegá-la no Centro de Referência ou na Unidade de Saúde.

Não se esqueça de colocá-la, principalmente quando estiver com muitas pessoas, como em ônibus, supermercados, hospitais e na Unidade de Saúde.

Cubra a boca e nariz ao tossir ou espirrar!

É muito importante cuidar das outras pessoas para que elas não adoeçam também!!!

ATENÇÃO:

Esta cademeta contém todas as informações necessárias para que os profissionais de saúde possam cuidar de você.

Lembre-se sempre de trazê-la com você todas as vezes que procurar os Serviços de Saúde (Centro de Referência e Unidade de Saúde), para anotarmos todos os dados importantes de seu tratamento.

NÃO A PERCA!!!

Para uso dos profissionais de Saúde

Prezado (a) colega enfermeiro (a),

Você está recebendo o (a) Senhor (a) _____, pertencente à sua área de abrangência. Ele (a) está em acompanhamento no Centro de Referência _____ devido à tuberculose multirresistente (TBMR), cujo tratamento foi iniciado em __/__/__, com programação de término em __/__/__. Sendo que mensalmente ele (a) será reavaliado (a) e terá uma nova prescrição de medicamentos.

A programação de tratamento é a seguinte:

Período: __/__/__ a __/__/__ (____ meses)		
Medicamento	Via de administração	Quantidade de meses

A TBMR ocorre quando há resistência à rifampicina e isoniazida (dois principais medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose) e a TBXDR (tuberculose extensivamente resistente) é uma forma ainda mais grave, caracterizada pela resistência à rifampicina, isoniazida, uma

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

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

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

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

Além de outras questões que julgar pertinentes.

Lembramos que o TDO:

Consiste na ingestão diária do medicamento sob a supervisão de um profissional de saúde. Esta atividade busca fortalecer a adesão do doente ao tratamento e diminuir os casos de abandono. Sendo uma estratégia de grande importância para o controle da TB e em especial da TBMR.

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

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

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

Desde já agradecemos sua colaboração e parceria!

Dicas importantes:

- ✓ Os medicamentos deverão ser administrados sob supervisão nos dias úteis **de segunda a sexta-feira até a alta do tratamento**, no período da manhã;
- ✓ Mesmo após o término dos fármacos injetáveis, o TDO deverá ser realizado **de segunda a sexta-feira até a alta do tratamento**;
- ✓ Não há necessidade de jejum para a ingestão dos medicamentos;
- ✓ As doses dos finais de semana devem ser entregues na sexta-feira e, em casos de feriados, entregar a medicação ao doente no dia anterior ao feriado, reforçando seu uso correto;
- ✓ É de extrema importância preencher corretamente a planilha de controle do TDO, assinar e carimbar o documento. Em casos de faltas, registrar "FALTA" sem a necessidade de carimbo ou assinatura;
- ✓ Entrar em contato com a equipe responsável no Centro de Referência na ocorrência de faltas há ____ dia(s), nos telefones presentes na folha de identificação desta cademeta;
- ✓ Sugerimos que a Unidade de Saúde possua um cartão espelho para melhor controle do tratamento, bem como uma opção de consulta às informações em caso de perda desta cademeta;
- ✓ **ATENÇÃO:** o doente deverá ter consigo esta cademeta. Por favor, ajude-o a lembrar que deverá trazê-la ao Centro de Referência para continuidade e atualização de seu cuidado!

Acompanhamento do tratamento

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

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

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

É muito importante que a Unidade de Saúde da Atenção Primária esteja atenta à necessidade de realização de exames para que possa intermediar insumos e meios de transporte de amostras e pessoas, caso seja preciso.

Muitas vezes o Centro de Referência se localiza em um município diferente daquele em que o doente reside. Nesses casos cabe ao município de origem providenciar transporte do doente até o Centro de Referência!

Os resultados referentes aos exames coletados serão registrados pelo Centro de Referência nesta caderneta. É importante acompanhá-los para verificar os riscos de disseminação dos bacilos. Assim, enquanto o doente apresentar baciloscopia e/ou cultura de escarro positiva serão necessárias medidas de biossegurança para o controle da infecção por TB na comunidade.

Exame dos contatos

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

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

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

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

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

A responsabilidade de buscar e avaliar os contatos é da Atenção Primária à Saúde. Para isso, é necessário que a Unidade de Saúde crie uma rotina para reavaliar periodicamente os contatos, trimestralmente, por exemplo.

Fique atento, na mesma família pode ter mais alguém doente!

Para qualquer dúvida sobre exames a serem solicitados, esquemas medicamentosos ou outras entre em contato com o Centro de Referência.

Medidas de Controle da Infecção

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

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

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

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

Crterios de cura e acompanhamento pós-cura

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

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

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

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

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

Registro da avaliação dos contatos

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

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

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

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Resultados de exames - TBMR

Exames iniciais:

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

Outros exames:

Exame	Mês de tratamento	Data da realização	Resultado
HIV			

Acompanhamento radiológico

Mês de tratamento	Apresentação da radiografia	Evolução radiológica	Observações

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

Controle Mensal do Tratamento Diretamente Observado

Instruções para o preenchimento

Administrar os medicamentos conforme descrito na prescrição recente

Preencher com os dias do mês correspondentes aos dias da semana;

Assinar e carimbar a supervisão do medicamento

Ir preenchendo diariamente, não deixar para preencher tudo em um dia só

Assinar somente quando administrado o medicamento, em caso de falta não assinar ou carimbar

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1º Mês

Planilha mensal de controle do TDO

Mês: _____ Ano: _____

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

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

Observações ao Centro de Referência

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

PREENCHIDO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Observações à Atenção Primária à Saúde

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

PREENCHIDO PELO CENTRO DE REFERÊNCIA

APÊNDICE J – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS JUNTO AOS ESPECIALISTAS NA SEGUNDA RODADA

Questionário de avaliação – 2ª rodada

1. **Como poderíamos proceder para tornar a Caderneta mais prática e utilizada?**
 - ☐ 1. Separar em dois materiais diferentes: informações ao doente e informações aos profissionais;
 - ☐ 2. Deixar as folhas de acompanhamento do TDO avulsas, a serem entregues e recolhidas mensalmente;
 - ☐ 3. Possibilitar o uso parcial, para que cada Centro de Referência escolha a melhor forma de utilizar, podendo ser utilizados apenas alguns conteúdos;
 - ☐ 4. Reduzir o conteúdo, retirar: _____

2. **Na folha de identificação do doente foram alteradas as seguintes informações: colocar idade à lápis, acrescentado espaço para telefone para recado (familiar) e horário de atendimento da Unidade de Saúde. O que você acha?**
 - ☐ 1. Ficou melhor assim;
 - ☐ 2. Sugiro retirar (citar quais delas gostaria que fosse retirada): _____

3. **Quanto à necessidade de preenchimento do e-mail do enfermeiro da Atenção Primária foram apontados dois comentários sobre mudança constante de profissionais. Então, optou-se pela seguinte construção: “Enfermeiro (a) responsável pelo TDO (à lápis, a ser atualizado quando houver troca de profissional) ”.**

O que você acha?

 - ☐ 1. Desta forma atende às mudanças no serviço e mantém equipe atualizada;
 - ☐ 2. Retirar essa informação;
 - ☐ 3. Outra: _____

4. **Ainda na página de identificação, foi substituído o termo “Gestor do Caso” por “Profissionais responsáveis” nos Centros de Referência. O que você acha?**
 - ☐ 1. Está melhor assim
 - ☐ 2. Estava melhor antes
5. **Os dados de datas de notificação e diagnóstico constam no SITETB. O que você acha quanto mantê-los na Caderneta?**
 - ☐ 1. Acho bom, pois facilita o atendimento no Centro de Referência;
 - ☐ 2. Acho que poderiam ser retirados.
6. **O espaço para preenchimento da altura do doente deve:**
 - ☐ 1. Ser mantido, pois é importante para cálculo do IMC e evolução do doente;
 - ☐ 2. Deve ser retirado, pois não auxilia no cuidado.
7. **Na página 4, foi acrescentada informações sobre uso de contraceptivos. O que você acha?**
 - ☐ 1. Importante e deve ser mantido;
 - ☐ 2. Desnecessário, pode ser retirado.
8. **Nas informações aos doentes e familiares foi retirada a frase “infelizmente, você está doente”.**

O que você acha?

 - ☐ 1. Ficou melhor;
 - ☐ 2. A frase deve permanecer

9. Quanto ao tratamento, ocorreu alteração da explicação aos doentes que passou a ser: “Nos primeiros meses, você precisará tomar comprimidos todos os dias e receber injeções três vezes por semana. É importante que vá todos os dias na Unidade de Saúde, mesmo nos dias em tem de tomar apenas comprimidos. É importante não faltar às consultas no Centro de Referência, pois é lá que o médico irá determinar quais os medicamentos e por quanto tempo deverá utilizar”.

O que você acha?

- ☐ 1. Assim está claro e de acordo com as recomendações atuais;
☐ 2. Necessita de alteração quanto _____

10. O tópico sobre os efeitos colaterais foi totalmente reformulado abordando apenas os efeitos mais comuns (náuseas, vômitos e artralgia). O que você acha?

- ☐ 1. Ficou mais claro e direto;
☐ 2. As informações estão incompletas, falta colocar: _____

11. Quanto às medidas de segurança, a primeira frase foi alterada para: “Enquanto estiver com os exames positivos é preciso que use uma máscara para cobrir a boca e o nariz ao sair de casa”. O que você acha?

- ☐ 1. Está clara e objetiva;
☐ 2. Precisa ser reescrita.

12. Nas informações destinadas à Atenção Primária, foi reelaborada as orientações para o contato com o Centro de Referência para que abrangesse toda a equipe, ficando assim: “Você poderá entrar em contato com o Centro de Referência para discutir as questões relacionadas a esse doente e obter maiores informações sobre seu caso. As informações necessárias para o contato com a equipe estão nas páginas de identificação no início desta caderneta”. O que você acha?

- ☐ 1. Está clara e objetiva;
☐ 2. Precisa ser reescrita

13. Tendo em vista a dificuldade de alguns Centros de Referência em estabelecer parceria com a Atenção Primária para realização do TDO, o texto elaborado na Caderneta sobre esse assunto está extenso e enfatiza a importância e aspectos operacionais desta estratégia. O que você acha?

- ☐ 1. Deve ser mantido assim, para que possa ser utilizado em Unidades em que os profissionais não tem muito contato com a TB e TBMR;
☐ 2. Dever ser reformulado, sugiro retirar: _____

14. Foi retirado o horário para realização do TDO na folha de orientação “dicas importantes” (página 18) para permitir a flexibilização da estratégia. Assim a frase ficou “A medicação deverá ser administrada sob supervisão nos dias úteis de segunda a sexta-feira até a alta do tratamento, no horário da manhã”. O que você acha?

- ☐ 1. Está clara e objetiva;
☐ 2. Precisa ser reescrita.

15. Foi incluído o lembrete: “Muitas vezes o Centro de Referência se localiza em um município diferente daquele em que o doente reside. Nesses casos cabe ao município de origem providenciar transporte do doente até o Centro de Referência! ” No item acompanhamento do tratamento. O que você pensa sobre isso?
- ☐ 1. Está clara e objetiva;
- ☐ 2. Não deve ser acrescentado.
16. Foi alterado o lembrete quanto ao exame dos contatos, na página 20. O que você achou?
- ☐ 1. Está clara e objetiva;
- ☐ 2. Precisa ser reescrita.
17. Na página 21 as orientações aos profissionais quanto às medidas de controle da TBMR foram reescritas. O que você achou?
- ☐ 1. Está clara e objetiva;
- ☐ 2. Precisa ser reescrita.
18. Na folha de avaliação dos contatos (página 23) foram acrescentadas colunas para anotação das datas de início e fim dos tratamentos realizados (TBMR, TB latente, TB em esquema básico) e também coluna para anotação da data de reavaliação. O que você achou?
- ☐ 1. Importantes e devem ser mantidos;
- ☐ 2. Desnecessários, devem ser retirados.
19. Nessa mesma folha foi adicionado o seguinte lembrete: “É importante que os contatos sejam avaliados periodicamente, a cada seis meses, por exemplo. Mantenham esses dados atualizados. Sugerimos que anotem a lápis as datas de avaliação para que possam ser registrados os dados mais atuais”. O que você achou?
- ☐ 1. Importante e deve ser mantido;
- ☐ 2. Desnecessário, deve ser retirado.
20. Na folha de controle do TDO foi acrescentado o fármaco linezolida embaixo do quadro. O que você achou?
- ☐ 1. Importante e deve ser mantido;
- ☐ 2. Desnecessário, deve ser retirado.

Quanto às informações que não entraram:

21. Algumas informações não entraram na Caderneta, você acha que elas seriam importantes: Raça/cor; ocupação; escolaridade; possível local de contágio, unidade de notificação/vigilância; exames laboratoriais (TGO, TGP, outros); e sinais vitais. O que você acha de acrescentá-las?
- ☐ 1. Acho importante acrescentar todas;
- ☐ 2. Acho desnecessárias todas;
- ☐ 3. Acho que deveria acrescentar somente: _____
- _____
- _____

Muito obrigada por sua colaboração novamente!

APÊNDICE K – RESULTADOS PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO DA CADERNETA DE CONTROLE DO TRATAMENTO

Tema/Conteúdo	Itens que devem permanecer (80% ou mais de indicações como muito relevante ou relevante)	Itens a serem apreciados novamente – 2ª rodada	Comentários e sugestões de alterações enviadas pelos especialistas	Encaminhamento
Identificação do doente	Nome, data de nascimento, idade, nº cartão SUS, nº SINAN, nº SITETB, endereço, telefone, celular	Nenhum	A idade é alterada sistematicamente.	Solicitar que a idade seja anotada a lápis e alterada quanto necessário
			A unidade de saúde responsável pelo TDO e paciente não tem como acessar SITETB	Esclarecimento: dados apontados para fácil acessos pelos profissionais do Centro de Referência
			Solicitar telefone de familiar / Acrescentar o nome e telefone de um familiar para contato	Acrescentado espaço para anotação.
Identificação da Unidade de Saúde (US) da Atenção Primária	US do TDO, enfermeiro do TDO e telefones da US	E-mail do enfermeiro do TDO	Sugiro horário de atendimento	Acrescentado espaço para anotação.
			Há muita mudança de profissional	Solicitado que o nome e e-mail do profissional esteja a lápis.
			Telefone da Instituição	Acrescentado espaço para anotação.
Identificação do Centro de Referência	Indicação do gestor do caso, telefone, e-mail, horário de funcionamento	Nenhum	A maioria das referências contam com mais de um profissional, acredito que é mais importante indicar a equipe ou o serviço	Alterado o termo para Profissionais responsáveis
Dados Clínicos	Datas de notificação, diagnóstico e início do tratamento, peso inicial, padrão de resistência, quadro para tratamentos anteriores, tipo de resistência, comorbidades, medicamentos em uso	Altura	As datas de notificação e diagnóstico já existem no SITETB	Consultados novamente quanto à necessidade
			Acrescentar anticoncepção -sim ou não-qual?	Acrescentado espaço para anotação.

	(exceto para TB), condições especiais			
Agendamento das consultas	Tabela para registro das consultas	Nenhum		
Registro da avaliação dos contatos	Nome, idade, tipo de contato, avaliado (data), tratamento para TB latente, TB esquema básico, tratamento TBMR, orientação	Nenhum	As avaliações de contatos de TBMR deveria ser não apenas pontual, na ocasião da identificação de caso índice de TBMR. Assim, sugiro orientação quanto à necessidade de avaliação sistemática do contato periodicamente ou a qualquer surgimento de sintomas respiratório. Quase nunca detectamos casos entre contatos de TBMR no momento da 1ª avaliação.	Acrescentado quadro lembrete sobre a necessidade avaliação dos contatos periodicamente. Acrescentado espaço para anotação de datas finais dos tratamentos dos contatos
Resultados de exames	Exames iniciais, baciloscopia, cultura de escarro, teste rápido molecular, teste de sensibilidade às drogas, outros exames, acompanhamento radiológico, exames bacteriológicos de acompanhamento, baciloscopia mensal, cultura de escarro	Nenhum		
Acompanhamento do peso	Tabela para o acompanhamento do peso mensal	Nenhum		

Planilha mensal de controle do TDO	Espaços para os dias da semana, espaços para assinatura, espaço para carimbo dos profissionais, medicamentos prescritos/a serem administrados, instruções para o preenchimento, espaço para observações ao Centro de Referência, espaço para observações à Atenção Primária	Nenhum	Duas sugestões: 1) Acrescentar LINEZOLIDA (entre os fármacos) no pé da tabela; 2) Corrigir a palavra "PIRIDOXINA" grafada erroneamente	Acrescentado fármaco <hr/> Corrigida grafia.
Informações destinadas a doentes e familiares	Definição da doença, descrição do tratamento, necessidade de realização dos exames de acompanhamento, informações sobre os efeitos colaterais, lembrete sobre consumo de álcool durante o tratamento, lembrete sobre medicamentos de uso diário, gravidez e aleitamento, medidas de cuidados intradomiciliar, informações sobre avaliação dos contatos, medidas de controle da infecção em comunidade, dados sobre o conteúdo da caderneta, reforço da	Nenhum	Retirar a frase “infelizmente, você está dente” <hr/> Mudança no esquema de tratamento, com uso de drogas injetáveis por 8 meses. Alguns pacientes também usam injetáveis por 9 a 12 meses (casos de falência de tratamento para TBMR ou casos TB-XDR). Portanto não creio adequado colocar o período de uso do injetável (que, na verdade, é o maior tempo dos pacientes em relação ao tratamento), porque poderá ocorrer conflito de informações entre o que está sinalizado na caderneta e a	Retirada <hr/> Reescrita a orientação quanto ao tratamento.

	responsabilidade do doente pela caderneta		orientação de tempo de uso pelo médico assistente.	
			Há equívoco a página 11, referente a efeitos colaterais. Sugiro colocar efeitos colaterais mais comuns náuseas, vômitos e artralgia. Deve retirar o texto que relata "vitamina para efeito colateral de artralgia", fato esse que não é verdadeiro.	Reescrito o tópico de efeitos colaterais
			Quanto às medidas de controle da infecção: Rever transmissão fácil da TB e uso da máscara. Especificar máscara a ser utilizada	Reescrito tópico de medidas de segurança.
Informações para os profissionais de saúde	Tempo estimado de tratamento (data de início e provável final), importância do TDO, dicas sobre a condução do TDO, medidas para o acompanhamento do tratamento, quadro com exames necessários e frequência, necessidade de exame dos contatos, responsabilidade de exame dos contatos, definição de passos para avaliação dos contatos, possibilidade de	Definição do TDO	Substituir o termo "medicação" por "medicamento"	Realizada substituição
			O horário para supervisão do uso dos medicamentos não deve ser "engessado" em até 10:00. Isso dificultaria a operacionalização do TDO, pois no início da manhã o fluxo de outros pacientes para a UBS costuma ser intenso.	Suprimido o horário e grafado apenas no período da manhã
			Acredita-se que o funcionário conheça previamente o TDO. Também estão extensas as informações e não serão	Consultados especialistas novamente sobre esse tópico

Itens não incluídos	contato com o centro de referência para discussão do tratamento dos contatos, medidas de controle da infecção, critérios de cura e acompanhamento		absorvidas de uma forma boa. Sugiro reduzir ou resumi-las.	
			Medidas de controle deverão ser reescritas de forma mais clara e simplificada	Reescrito tópico.
	Unidade de Notificação/Vigilância	Raça/Cor, Ocupação, Escolaridade, possível local de contágio, monitoramento dos dados de laboratório (exames gerais, TGO, TGP), Monitoramento dos sinais vitais	Informações no sistema, algumas não são condizentes com acompanhamento ambulatorial	Acrescentada unidade de notificação.
				Consultados especialistas novamente