

O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde

Health personnel's views of directly observed treatment of tuberculosis

El tratamiento de tuberculosis directamente observado desde el punto de vista de profesionales de la salud

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio¹; Sonia Silva Marcon²

RESUMO

Objetivo: conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o tratamento diretamente observado da tuberculose. **Método:** estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado com enfermeiros e médicos que atuam na atenção primária em 15 municípios que integram a 15ª Regional de Saúde do Paraná. Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se análise de conteúdo, o que deu origem à categoria *Tratamento diretamente observado: potencialidades e fragilidades*. Foram entrevistados 20 enfermeiros e 10 médicos que atuam em ações de controle da tuberculose. **Resultados:** embora o *tratamento diretamente observado* não esteja implantado em todos os municípios, devido ao baixo número de casos, os profissionais reconhecem sua importância. Contudo, existem dificuldades para a implementação dessa estratégia, como a falta de tempo, de recursos humanos e de transporte. **Conclusão:** neste sentido, é imprescindível a melhoria da organização e oferta de serviços de saúde. **Palavras-chave:** Tuberculose; terapia diretamente observada; atenção primária à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to discover the opinions of directly observed treatment for tuberculosis. **Method:** qualitative, descriptive study held by primary care nurses and doctors in the 15 municipalities that make up the 15th Health Region of Paraná State. Data were collected by semi-structured interviews of 20 nurses and 10 physicians working in tuberculosis control actions in June and July 2013. Content analysis yielded the category *Directly observed treatment: strengths and weaknesses*. **Results:** although, due to the low number of cases, *directly observed treatment* is not implemented in all municipalities, practitioners do recognize its importance. However, difficulties in implementing the strategy include lack of time, human resources and transport. **Conclusion:** in this regard, it is essential to improve health service organization and delivery.

Keywords: Tuberculosis; directly observed therapy; primary health care; nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer la opinión de los profesionales de salud sobre el tratamiento directamente observado de la tuberculosis. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado junto a enfermeros y médicos que trabajan en la atención primaria en 15 ciudades que componen la 15ª Regional de Salud de Paraná. Los datos fueron recolectados en junio y julio de 2013, a través de entrevistas semiestructuradas. Se ha utilizado el análisis de contenido, lo que originó la categoría *Tratamiento Directamente Observado: fortalezas y debilidades*. Fueron entrevistados 20 enfermeros y 10 médicos que trabajan en las acciones de control de la tuberculosis. **Resultados:** aunque el *tratamiento directamente observado* no se haya implementado en todos los municipios, debido al bajo número de casos, los profesionales están conscientes de su importancia. Sin embargo, existen dificultades en la aplicación de esa estrategia: falta de tiempo, de recursos humanos y de transporte. **Conclusión:** en este sentido, es esencial la mejora de la organización y la prestación de servicios de salud.

Palabras clave: Tuberculosis; terapia por observación directa; atención primaria de salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde declarou emergencial a situação da tuberculose no mundo, incluindo-a na agenda de prioridades de políticas públicas de saúde¹. No Brasil, por conta do perfil epidemiológico e sanitário, caracterizado pela presença de doenças crônicas e infectocontagiosas concomitantemente, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde². Assim, em 1998, junto com a implantação do Programa Nacional

de Controle da Tuberculose (PNCT), foi implantado também o Tratamento Diretamente Observado (TDO), com o intuito de reduzir a morbimortalidade e a transmissão da doença³.

O TDO é um dos pilares da estratégia *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS), recomendada internacionalmente, que atua como um importante instrumento para diminuir a resistência aos medicamentos, incentivar a adesão terapêutica e reduzir o abandono

¹Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: pollymantelo@gmail.com.

²Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

do tratamento^{3,4}. No atual panorama do combate à tuberculose, o abandono do tratamento permanece como um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro⁴, que, a partir de 2000, estendeu suas ações para a atenção primária, visando uma articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando expandir o TDO para todo o país³.

Em suma, estabeleceu-se a hierarquização da saúde e a responsabilidade do controle da tuberculose foi atribuída aos municípios, como competência da atenção primária^{2,5}. Neste processo, a ESF passou a ser o centro das ações, promovendo acesso e assistência de qualidade aos usuários e fortalecendo os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde. Assim, sabe-se que a ESF ocupa um lugar privilegiado, por conhecer os indivíduos e as famílias, identificar problemas e situações de risco no território de abrangência, formular programas de atividades para atender às necessidades de saúde, planejar e executar ações educativas e prestar atenção integral às famílias⁶.

No caso da tuberculose, a ESF deve estar preparada inclusive para a realização do TDO, em local de escolha do paciente. Diante disso, salienta-se a necessidade de investimento em intervenções que aumentem a efetividade dos programas de saúde pública, o que requer um conhecimento mais próximo da realidade, do dia a dia dos doentes, enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde e, também, dos serviços de saúde⁷. Neste sentido, este estudo teve por objetivo conhecer a opinião dos profissionais de saúde sobre o tratamento diretamente observado da tuberculose.

REFERENCIAL TEÓRICO

A implantação do PNCT introduziu novas possibilidades de intervenção, assinalando que a inserção das ações de controle da tuberculose no âmbito da ESF poderia promover integração dos serviços, significando oportunidade para expansão das atividades de controle da doença. Para tanto, as equipes devem estar capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos; tratar e supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação; realizar ações preventivas e educativas junto à comunidade⁸.

A estratégia DOTS adotada pelo Ministério da Saúde intenciona, também, reduzir o abandono do tratamento, a partir de cinco pilares: esquemas de tratamento padronizados e supervisionados; aquisição e distribuição regular de medicamentos; criação de um eficiente sistema de informação; ações de busca de sintomático respiratório, com retaguarda laboratorial; e compromisso político⁴. Tal estratégia mostrou-se eficiente em estudo realizado em Taipei, Taiwan, reduzindo a mortalidade em 40% nos pacientes acompanhados, quando comparados com os pacientes que autoadministravam seu medicamento⁹.

Todavia, o impacto da estratégia depende de um conjunto de medidas organizacionais¹⁰, tanto do ponto de vista da integração dos serviços de saúde, quanto do cuidado à saúde individual, que concorrem para o abandono do tratamento⁴. Neste sentido, a ESF despende-se como prioridade para fortalecer a atenção primária, promovendo o cuidado integral aos usuários e famílias⁶.

Conjeturando que as chances de abandono do tratamento são acentuadas quando as ações de controle não são embasadas na concepção da integralidade do cuidado, o TDO surge como uma ferramenta de formação de vínculo entre profissional e paciente⁴, visto que pode ser realizado pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou por qualquer membro da equipe da ESF, sendo de vital importância para a redução do risco de transmissão da doença e contribuindo para o seu controle¹¹.

Assim, o TDO necessita ser realizado por meio de abordagens individuais, contemplando atenção, receptividade, confiança e acolhimento do paciente, que reforçam a importância do vínculo para o desenvolvimento das ações e garantem atenção integral ao usuário^{3,12}.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado com 20 enfermeiros e 30 médicos que atuam na atenção básica em 15, dos 30 municípios que integram a 15ª Regional de Saúde do Paraná. Este estudo está vinculado ao projeto Assistência e controle da Tuberculose no Estado do Paraná, visto que, ainda hoje, o estado apresenta dificuldades para o controle da doença, com taxa de cura inferior à preconizada pelo Ministério da Saúde e taxa de abandono superior à aceitável¹³.

Os dados foram coletados nos meses de junho e julho de 2013, por meio de entrevistas, previamente agendadas, realizadas no local de trabalho, orientadas pela questão norteadora: Qual a sua opinião sobre o tratamento diretamente observado? Dos 15 municípios em estudo, 10 possuem apenas uma unidade básica de saúde cada uma com local de atendimento específico aos casos de tuberculose. Outros três municípios oferecem o primeiro atendimento em qualquer uma das unidades de saúde e o acompanhamento da doença apenas pelo ambulatório; um município possui um único ambulatório, sendo este também a porta de entrada; e um município tem o serviço descentralizado para todas as unidades básicas.

Para tratamento dos dados, foi utilizado a análise de conteúdo, que trabalha as palavras e suas significações, descrevendo o conteúdo das mensagens e permitindo inferências. Não existem regras rígidas para fazer a análise de conteúdo, mas devem ser observadas as seguintes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados¹⁴.

A organização inicial do material compreendeu a aquisição das mensagens e sua respectiva identificação,

através da leitura flutuante, seguida de leitura minuciosa. Posteriormente, deu-se início à codificação, em que os dados brutos são transformados e agregados em unidades, permitindo uma descrição das características dos conteúdos¹⁴. Depois de concluída a codificação, iniciou-se a análise temática propriamente dita. Após esta etapa, realizou-se a categorização, baseada nos temas encontrados, o que deu origem à categoria Tratamento Diretamente Observado: potencialidades e fragilidades, da qual emergiram as subcategorias: relevância do TDO, reduzindo o abandono, dificuldades e aceitação do TDO.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética do Hospital do Trabalhador/SES/PR (Parecer 311.964/2013). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para a diferenciação dos sujeitos e preservação de sua identidade, foram utilizados os seguintes códigos: a letra E para enfermeiros e a letra M para médicos, seguidas do número de ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 30 profissionais de saúde, sendo 20 enfermeiros e 10 médicos, dos quais cinco atendem em ambulatórios de referência municipal e os demais, na ESF, com tempo na função variando de seis meses a 28 anos. Em relação ao tempo de atuação em ações de controle da tuberculose, a maioria dos profissionais revelou que estavam inseridos nestas atividades há mais de quatro anos. Todos os profissionais relataram ter acompanhado algum caso suspeito ou confirmado de tuberculose.

Tratamento diretamente observado: potencialidades e fragilidades

O Ministério da Saúde exige atuação comprometida, ética e humana dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da população para a realização com qualidade do TDO. As subcategorias emergentes do estudo são analisadas a seguir.

Relevância do TDO

Tal tratamento consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente, todos os dias ou, no mínimo, três vezes na semana⁶. Todavia, identificou-se que nem todos os profissionais colocaram em prática tal estratégia, devido ao limitado contingente de casos diagnosticados, apesar deles reconhecerem a importância do tratamento.

Eu acho interessante, embora a gente não precisou realisar ainda no município, mas se precisar seria uma das alternativas que pode dar certo, porque esse paciente não tratado pode complicar mais para a gente, então compensa investir para tratar e eliminar os casos. (E2)

Eu acho que é interessante para ambas as partes, para o paciente que é tratado e para o próprio serviço que está oferecendo aquilo, dando seguimento do tratamento e orientando, vendo em que aspecto está bom, em que aspecto que está melhorando. (M1)

Se você não faz o TDO, você não sabe o que está acontecendo com aquele paciente, porque você acaba se ocupando com as coisas que não são da tua área, então você precisa ter aquele tempo para visitar um paciente que é da tua responsabilidade e o TDO acaba te forçando a fazer isso. (E12)

Reduzindo o abandono terapêutico

A estratégia permite a aproximação dos profissionais e usuários, de forma que o profissional de saúde tem oportunidade para empoderar o paciente em relação ao tratamento, propiciando uma educação individual e dialogada¹⁵. Todos os profissionais de saúde reconhecem a importância do TDO na redução da taxa de abandono e o vínculo criado com o paciente.

Nós conseguimos reduzir a questão de abandono de tratamento dos pacientes a zero atualmente, [...], de antes, porque foi implantado o TDO em 2012 no município, e a partir disso tivemos só um paciente que abandonou no ano passado, mas foi um caso isolado [...]. Eles percebem que nós estamos preocupados com eles. (E1)

Quem acompanhou de perto a questão da tuberculose, sabe que a principal questão é do abandono do tratamento e quando você faz isso [TDO], você está evitando, você fica em cima, você fica mais amigo do paciente e ele acredita mais no tratamento. (M4)

Você acompanhando, já corre risco do paciente querer abandonar, imagina a pessoa em casa sozinha tomando a medicação, não vai tomar, porque quatro comprimidos é muito agressivo. Às vezes eu não vou e peço para ACS ir ou a auxiliar de enfermagem, no dia que eu vou ele já fala que não quer tomar, que não vai tomar, então se você não acompanhar [...]. (E19)

A inserção da ESF na comunidade facilita a abordagem e o acompanhamento do doente, além de não haver necessidade de deslocamento do paciente para o serviço¹⁶. Neste sentido, o TDO, desempenhado pela ESF, é de vital importância e sua implementação é vista como capaz de diminuir o abandono. A partir desse contexto, a atuação do enfermeiro deve contemplar duas dimensões: a gerencial, que considera o planejamento, a organização e a avaliação do serviço e a assistencial, ligada à realização das ações de cuidado¹⁵.

Entre os fatores que influenciam no abandono do tratamento, estão os esquemas terapêuticos longos, dificuldades de acesso ao serviço, problemas de comunicação entre profissionais e pacientes, além das condições socioeconômicas e hábitos de vida⁵. Entretanto, para alcançar êxito e potencializar as ações para o enfrentamento da doença, que permanece como um dos maiores desafios para o setor saúde, é fundamental que a concepção de integralidade permeie as ações e que o cuidado ao usuário seja fortalecido⁴.

Neste sentido, é necessário estabelecer vínculo entre profissionais de saúde, pacientes, família e comunidade, por meio das visitas domiciliares. Esse é um momento único para conversar com o doente sobre a doença, abordando, por exemplo, formas de transmissão, duração do tratamento, importância da regularidade na tomada do medicamento, consequências do abandono do tratamento e possíveis efeitos adversos¹⁵.

O vínculo pressupõe uma fonte regular de atenção, com estabelecimento de laços interpessoais e cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde, visto que a permanência do usuário no serviço depende de como são recebidos e da capacidade dos serviços na resolução dos problemas^{4,17}. O TDO torna a organização do processo de assistência mais flexível devido ao acolhimento e à responsabilização do doente com o tratamento^{11,18}, já que, ao conhecer a singularidade do paciente, é possível que o profissional consiga atender o conjunto de necessidades apresentadas pelo indivíduo doente, não focando sua atuação apenas no tratamento medicamentoso^{4,19}.

Dificuldades

Os profissionais relataram falta de tempo para realizar o TDO, entendida como uma dificuldade para o bom andamento do programa, já que o enfermeiro, geralmente, está sobrecarregado de atividades, o médico não consegue atender toda a demanda, nem todas as equipes têm ACS suficientes e quando há, nem sempre ele está qualificado para tal função.

A gente não faz por falta de tempo [...] você vai gastar aí em torno de 40 minutos numa dose supervisionada só, e num período de quatro horas, você gastar 40 minutos é bastante tempo, isso não é um tempo que você perde, é um tempo que você está investindo, só que, às vezes, a gente não tem esse tempo, e às vezes não tem nem funcionário para fazer isso. (E3)

É uma estratégia muito boa, e uma dificuldade que, às vezes, a gente pode ter é de ter o profissional, porque, às vezes, vai mandar uma pessoa que não tem a qualificação necessária. (M3)

Talvez um pouco difícil nos finais de semana, um pouco difícil de exigir dos ACS, eles, muitas vezes, têm dificuldade de abordar o paciente, a família. (M2)

As unidades precisam ter estrutura para atender esses pacientes, principalmente a estrutura de recursos humanos, para ter disponível um profissional que vai lá num horário adequado para o paciente, que possa receber esse profissional para fazer a tomada assistida. (E11)

No entanto, para uma abordagem dialogada, com empoderamento do paciente, o profissional de saúde deve estar capacitado para transmitir, não só o conhecimento sobre a doença, mas também confiança e conscientização sobre a importância do tratamento. Contudo, a qualificação dos profissionais de saúde deixa a desejar, sendo necessário instituir uma política de capacitação permanente das equipes para atenção

aos casos de tuberculose, o que refletirá em uma melhoria da assistência²⁰. As ações educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais, tanto durante a consulta na unidade de saúde, quanto nas visitas domiciliares, confirmando a integralidade do cuidado prestado^{19,20}.

O ACS, além de ter uma função de destaque na identificação dos sintomáticos respiratórios de sua área, é um dos profissionais que pode desenvolver o TDO⁸, pois ele emerge da própria comunidade em que trabalha e, ao fazer parte da equipe de saúde, torna-se o elo entre a comunidade e o serviço²¹. A partir das ações planejadas pela equipe, em comum acordo com o paciente, para que o ACS seja o executor do TDO, é necessário que ele esteja preparado para tal função, provendo orientações sobre a doença⁸.

O preparo do ACS para orientar a comunidade e conduzir o TDO com êxito é de responsabilidade da equipe de saúde, principalmente de enfermeiros e médicos. Um estudo, realizado em Ribeirão Preto, revelou que, no Brasil, o conhecimento dos ACS sobre a tuberculose é incipiente, permitindo apenas que eles desenvolvam ações pontuais, isoladas e incongruentes, ao passo que internacionalmente, o trabalho dos ACS ampliou o acesso da população aos serviços de saúde, a aceitabilidade e a adesão ao tratamento²¹. Neste sentido, ainda é ressaltado pelos profissionais, além da falta de recursos humanos, de capacitação e de tempo, a dificuldade com o transporte para chegar até o domicílio do paciente.

Eu vou ter que ir com o meu carro entregar o medicamento para o paciente, qual suporte eles dão? Nenhum! [indignação] [...] eles querem que a equipe faça, mas não dão estrutura, nem carro, nem profissional, nada. (E20)

Eu acho assim, eles deveriam dar mais condições para o funcionário que vai nas casas, porque é quase um sacerdócio. (M6)

Assim, percebe-se que certas fragilidades levam ao funcionamento inadequado da estratégia, prejudicando a operacionalização das atividades e dificultando o processo de descentralização, como a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e a visão fragmentada dos profissionais envolvidos.

Ainda torna-se factível relatar que a equipe precisa estar integrada para conseguir progresso no controle da tuberculose, de forma que seja reorganizado o processo de trabalho, com vistas à ação coletiva. Porém, é imprescindível que a gestão municipal desempenhe adequadamente o seu papel, apoiando as ações da equipe e fornecendo dispositivos institucionais condizentes com as necessidades surgidas no controle da tuberculose²¹.

Neste sentido, não é admissível a indisponibilidade de transporte oficial para o acompanhamento dos casos do TDO¹⁵. Para tanto, os municípios precisam manter atualizado o cadastro dos casos diagnosticados e em tratamento e, de posse destas informações, solicitar ao

Ministério da Saúde recursos para a compra de veículos destinados exclusivamente para o TDO¹⁵. Todavia, certos profissionais questionam a realização do TDO todos os dias, alegando que existem pacientes que não necessitam desse tratamento, ou que a limitação de recursos humanos não possibilita o desenvolvimento da estratégia.

Às vezes não seria necessário esse acompanhamento diário, porque há pacientes que têm conhecimento da doença e conseguem realizar o tratamento sem grandes problemas e que a gente não precisa ir todo dia, porque a gente tem que separar um ACS exclusivamente para isso, em horários diferenciados, o que dificulta o nosso trabalho, mas a gente acaba fazendo, entrando em acordo com o paciente e com o ACS e realizando em todos os pacientes. (E5)

Não acho necessidade ir todos os dias, porque você vai e o paciente já tomou o medicamento, estamos fazendo, mas eu vejo que tem um pouco de falha nesse sentido. (E14)

O paciente precisa ser responsável pelo seu tratamento também, não só a equipe e a unidade de saúde. (E20)

A partir desta visão, os profissionais de saúde sinalizam esta estratégia como uma forma de aproximação das demandas da comunidade, mas ressaltam que nem todos os pacientes necessitam que o TDO seja implementado. Claro que para identificar os que não precisam, os profissionais carecem conhecer as características do doente, de sua família e do contexto onde estão inseridos. Esta diferenciação é importante, porque, desta forma, os profissionais poderão se dedicar mais para a implementação do TDO junto a pacientes rebeldes, usuários de drogas, moradores de ruas, entre outras populações estigmatizadas³.

Aceitação do TDO

Os pacientes, na visão dos profissionais, geralmente recebem bem o TDO, percebendo um maior cuidado e preocupação da equipe com suas condições de saúde, além de criar ou fortalecer o vínculo e a amizade entre eles.

Não é fácil para o profissional de saúde, porque nós temos um milhão de coisas para fazer, não é fácil, mas é importante para o paciente, porque ele tira todas as dúvidas quando nós vamos fazer a dose supervisionada. (E16)

Dá mais tranquilidade inclusive ao próprio paciente [...], mas tem as vantagens e as desvantagens, os profissionais precisam ter condições, mas é um vínculo com o paciente. (M6)

Hoje a gente vê que é tranquilo, a gente vê a confiança que o paciente tem, e a gente vê com o TDO cada dia o paciente melhorando, então a gente achou aquela dificuldade no começo de ser implantado, hoje [...] não tem problema nenhum, é um vínculo que você ganha com o paciente. (E8)

Os profissionais de saúde acreditam que a aceitação do paciente ocorre, principalmente, pelo vínculo construído e a partir do momento que o paciente compreende a necessidade e a importância do TDO, a adesão é mais fácil. A aproximação dos pacientes e profissionais e a melhora advinda com o tratamento con-

tribuem para o fortalecimento das relações de confiança e compromissos com o processo terapêutico¹⁷. Para os profissionais, o TDO é uma oportunidade de estar próximo da comunidade, mas, para tanto, é necessário destacar aos usuários a importância do tratamento e manter uma boa comunicação³. Entretanto, foi relatada, também, a rejeição de um paciente, pois este percebe o TDO como uma estratégia utilizada para pacientes incapazes de se cuidarem sozinhos.

Esse paciente que nós temos agora, quando você fala para ele que nós temos que dar o remédio, ele fala que não é mais criança, ele fica rebelde, ele acha ruim, ele briga, [...] que ele está tomando o remédio, chega lá ele já tomou e a gente sabe que ele está tomando certo porque se ele não estivesse tomando o remédio certinho, ele não estaria melhorando. (E15)

Alguns pacientes não aceitam o TDO, por medo do preconceito e da discriminação que podem sofrer ao compartilhar o diagnóstico com outras pessoas. Um estudo realizado no Rio de Janeiro apontou que os pacientes gostariam de optar por esse tipo de tratamento, mas veem o TDO como uma forma de submissão e de punição pela irresponsabilidade de outrem, que não concluiu o tratamento anteriormente³. O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes recebam o TDO¹⁵; no entanto, além dos profissionais relatarem que nem todos precisam, determinados pacientes se sentem submissos e punidos com essa imposição de tratamento.

CONCLUSÃO

O estudo aponta problemas no sistema de saúde e na organização dos serviços. Contudo, salienta a importância da ESF no TDO, que pode reduzir a transmissão e mudar o panorama da doença no país. Assim, torna-se necessário refletir sobre a atuação do enfermeiro como profissional crítico, enfatizando a importância de discutir o assunto e cobrar melhorias do gestor, visando a uma assistência integral.

Reitera-se, ainda, a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais acerca da doença, contratação de novos profissionais para as ESF, recursos materiais e de transporte para realização do TDO, possibilitando que a implementação da estratégia seja completa e atinja resultados satisfatórios na redução das taxas da doença. Espera-se que este estudo possa contribuir nas ações de gestão dos serviços e na reorientação das ações de controle da tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. Heck MA, Costa JSD, Nunes MF. Avaliação do Programa de Tuberculose em Sapucaia do Sul (RS): indicadores, 2000-2008. Ciênc saúde coletiva. 2013 [citado em 14 set 2015]; 18(2):481-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n2/19.pdf>.
2. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão de profissionais de uma unidade de Saúde da Família. Rev Enferm Saúde. 2011 [citado em 25 ago 2015];

- 1(1):24-32. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/38/49>.
3. Cruz MM, Cardoso GCP, Abreu DMF, Decotelli PV, Chrispim PP, Borenstein JS, Santos EM. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Colet*. 2012 [citado em 25 ago 2015]; 20(2):217-24. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_217-224.pdf.
4. Alves RS, Souza KMJ, Oliveira AAV, Palha PF, Nogueira JA, Sá LD. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. Texto contexto – enferm. 2012 [citado em 25 ago 2015]; 21(3):650-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>.
5. Maciel ELN, Araujo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciênc saúde coletiva*. 2009 [citado em 18 out 2015]; 14(Supl.1): 1395-402. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a12v14s1.pdf>.
6. Trigueiro DRSG, Nogueira JA, Monroe AA, Sá LD, Anjos UU, Villa TCS. Determinantes individuais e utilização dos serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose. *Rev enferm UERJ*. 2013 [citado em 20 out 2015]; 21(3): 371-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n3/v21n3a16.pdf>.
7. Selig L, Geluda K, Junqueira T, Brito R, Trajman A. A tuberculose no cotidiano médico e o efeito bumerangue do abandono. *Ciênc saúde coletiva*. 2012 [citado em 18 out 2015]; 17(1):113-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a14v17n1.pdf>.
8. Marcolino ABL, Nogueira JA, Ruffino-Neto A, Moraes RM, Sá LD, Villa TCS, et al. Avaliação do acesso as ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux-PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009 [citado em 25 ago 2015]; 12(2):144-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/05.pdf>.
9. Yen YF, Rodwell TC, Yen MY, Shih HC, Hu BS, Li LH, et al. DOT associated with reduced all-cause mortality among tuberculosis patients in Taipei, Taiwan, 2006-2008. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012 [citado em 06 set 2015]; 16(2): 178-84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22236917>.
10. Ferreira V, Brito C, Portela M, Escosteguy C, Lima S. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011 [citado em 04 nov 2015]; 45(1):40-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1335.pdf>.
11. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da estratégia saúde da família no controle da tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2012 [citado em 04 nov 2015]; 25(6): 954-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a20.pdf>.
12. Sobrinho ECR, Freitas KG, Figueiredo RM, Caliri JS. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. *Rev Eletr Enf*. [Internet] 2013 [citado em 24 out 2015]; 15(2): 416-21. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a14.pdf>.
13. Cecilio HPC, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Perfil das internações e óbitos hospitalares por tuberculose. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(3): 250-5.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, São Paulo; 2011.
15. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168p.
16. Lima LM, Schwartz E, Cardozo-Gonzales RI, Harter J, Lima JF. O programa de controle da tuberculose em Pelotas/RS, Brasil: investigação de contatos intradomiciliares. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [citado em 26 ago 2015]; 34(2): 102-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/v34n2a13.pdf>.
17. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev RENE*. 2012 [citado em 04 nov 2015]; 13(4): 784-93. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1073/pdf>.
18. Cunha NV, Cavalcanti MLT, Costa AJL. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. *Cad Saude Colet*. 2012 [citado em 01 set 2015]; 20(2): 177-87. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_177-187.pdf.
19. Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida SA, Nogueira JA, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8(4): 660-6.
20. Silva-Sobrinho RA, Andrade RLP, Ponce MAZP, Wysocki AD, Brunello ME, Scatena LM, et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 [citado em 01 set 2015]; 31(6): 461-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n6/v31n6a03.pdf>.
21. Crispim JA, Scatolin BE, Silva LMC, Pinto IC, Palha PF, Arcêncio RA. Agente comunitário de Saúde no controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012 [citado em 18 set 2015]; 25(5): 721-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/aop2312.pdf>.