



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SARAH YASMIN LUCENA GOMES

**CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE DOCUMENTOS DE
PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADOS À TUBERCULOSE**

BRASÍLIA
2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SARAH YASMIN LUCENA GOMES

**CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE DOCUMENTOS DE
PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADOS À TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante – da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Fonseca Lima
Co-orientador: Prof. Dr. Rafael Santos Santana

BRASÍLIA
2023

SARAH YASMIN LUCENA GOMES

**CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE DOCUMENTOS DE
PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADOS À TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante – da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Fonseca Lima – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares – Universidade de Brasília

Dr. Artemir Coelho Lima – Ministério da Saúde

Profa. Dra. Verônica Cortez Ginani – Universidade de Brasília (suplente)

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG633c Gomes, Sarah
CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE DOCUMENTOS DE
PRÁTICA CLÍNICA RELACIONADOS À TUBERCULOSE / Sarah Gomes;
orientador Rodrigo Lima; co-orientador Rafael Santana. --
Brasília, 2024.
105 p.

Dissertação(Mestrado Profissionalizante em Saúde
Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2024.

1. Tuberculose. 2. Diretrizes de Prática Clínica. 3.
Protocolos Clínicos. 4. AGREE II. 5. Agentes Comunitários de
Saúde. I. Lima, Rodrigo, orient. II. Santana, Rafael,
co-orient. III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos Agentes Comunitários de Saúde, que através do seu sorriso, levam amor e cuidado a comunidade, se tornando verdadeiros heróis na saúde pública do país.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre iluminar meus caminhos e possibilitar que eu seguisse com determinação. Graças a ele fui presenteada com uma família maravilhosa e fui cercada por muitas pessoas especiais, que contribuíram significativamente para realização desse trabalho.

À minha família, em nome da minha mãe Fátima, minha irmã Léa e meu sobrinho Benício. Vocês são o meu principal incentivo para não desistir e conseguir chegar até aqui. Obrigada por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.

As minhas amigas Sheyla Santiago, Juelita Gomes e Heloísa Gurgel por serem grandes profissionais na luta contra a tuberculose e fazerem com que eu me apaixonasse pela causa.

A minha querida e eterna chefe, Aila Coelho, com quem eu aprendi muito durante o tempo que trabalhamos juntas e que graças a isso construímos uma linda amizade.

A minha amiga Dany, que além de uma grande parceira no programa da tuberculose se tornou uma grande amiga.

Aos colegas Nildo, Artemir e Barbara pela grande contribuição na minha pesquisa.

À minha amiga Sonally, por todo apoio e colaboração ao longo dessa caminhada.

À minha amiga Zênia Guedes, que foi um anjo enviado à terra para agregar várias coisas à minha vida. Obrigada por sempre me apoiar, incentivar e inspirar.

Ao meu Co-orientador Rafael, com quem tive o prazer de iniciar essa jornada e com quem pude aprender e encarar novas possibilidades.

Ao meu orientador Rodrigo, que foi muito mais que um mestre nessa jornada, foi uma grande fonte de inspiração e um dos grandes responsáveis por eu estar aqui. Obrigada por cada ensinamento e por sempre ter acreditado em mim.

Aos meus amigos: Carol, Dalila, Malu, Olavo, Ygor, Halex, Talita, Luciola, Mayara Maria, Marcelo Mafra por compartilhar de tantos momentos especiais, sempre me apoiando e me incentivando.

E a todos de direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse sonho.

Meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença ainda com taxas relevantes de incidência e prevalência, persistindo como preocupação sanitária mundial. Como qualquer outra condição de saúde, todas as ações relacionadas a seu contexto devem ser guiadas por Documentos de Prática Clínica (DPC). Esses DPC devem ser desenvolvidos adequadamente, cabendo ressaltar sua importância na abordagem ao paciente com TB por qualquer profissional da equipe de saúde, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS). **Objetivo:** Caracterizar e avaliar a qualidade de DPC relacionados à TB e a abordagem relacionada ao papel do ACS no manejo do paciente com TB. **Método:** Foram realizadas (I) busca de DPC relacionados à TB; (II) caracterização geral e avaliação da qualidade dos DPC; e (III) análise dos DPC na perspectiva de atualização de instrumento para ACS para o manejo do paciente com TB. Na etapa (I) foram utilizadas estratégias de busca com os descritores "tuberculosis", "guideline", "clinical protocols" e "consensus". A etapa (II) foi realizada através do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREEII) e a (III) foi realizada de acordo com os achados das etapas anteriores sendo a abordagem classificada como direta (referência clara ao ACS), indireta (sem referência ao ACS, mas, com referência ao apoio comunitário) ou inferencial (sem menção a ACS e a apoio comunitário, mas, com abordagem relacionada ao escopo de atividades do ACS). **Resultados:** Foram analisados 949 documentos inicialmente, dos quais 29 permaneceram na amostra final. Do total de 29 DPC, a maioria era de caráter nacional (n=22; 75,9%) e publicada em países do continente Americano (n=9; 31,0%). Quanto à qualidade, as menores médias percentuais foram referentes aos domínios de independência editorial e rigor no desenvolvimento (32% e 38%, respectivamente) e as maiores foram referentes ao escopo e finalidade e clareza na apresentação (80% e 75%, respectivamente); somente sete (24,1%) foram considerados recomendadas. O foco mais frequente dos DPC foi relacionado a ações de controle da TB (n=23; 79,3%) e o menos frequente foi o referente a ações de promoção da saúde (n=13; 44,8%). No que se refere ao ACS, a sua abordagem esteve mais relacionada a ações de controle (n=20 dos 23 DPC que tiveram essa abordagem). As etapas (I) e (II) viabilizaram atualização, com base em evidência, de uma cartilha relacionada ao papel do ACS no manejo da TB. **Conclusão:** A qualidade dos DPC avaliados foi abaixo do esperado, mesmo sendo a maioria delas produzida em países com alta taxa de incidência e prevalência de TB. Há necessidade de maior abordagem sobre a Prática Baseada em Evidência em termos de qualificação de elaboração desses DPC visando qualidade e segurança assistencial quanto à TB, especialmente no que se refere ao papel do ACS nesse contexto, traduzindo a importância da proposta de atualização da cartilha.

Palavras-chave: Tuberculose, Diretrizes de Prática Clínica, Protocolos Clínicos, AGREE II, Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) is a disease that still has relevant incidence and prevalence rates, persisting as a global health concern. Like any other health condition, all actions related to its context must be guided by Clinical Practice Documents (CPD). These CPDs must be developed appropriately, and their importance should be highlighted in the approach to patients with TB by any professional on the health team, including the Community Health Agent (CHA). **Objective:** Characterize and evaluate the quality of CPD related to TB and the approach related to the role of the CHW in the management of patients with TB. **Method:** (I) search for CPD related to TB; (II) general characterization and quality assessment of the CPD; and (III) analysis of the CPD from the perspective of updating an instrument for ACS for the management of patients with TB. In stage (I), search strategies were used with the descriptors "tuberculosis", "guideline", "clinical protocols" and "consensus". Stage (II) was carried out using the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREEII) instrument and (III) was carried out in accordance with the findings of the previous stages, with the approach classified as direct (clear reference to the ACS), indirect (without reference to ACS, but with reference to community support) or inferential (without mention of ACS and community support, but with an approach related to the scope of ACS activities). **Results:** 949 documents were initially analyzed, of which 29 remained in the final sample. Of the total of 29 CPDs, the majority were national in nature (n=22; 75.9%) and published in countries on the American continent (n=9; 31.0%). Regarding quality, the lowest percentage averages were related to the domains of editorial independence and rigor in development (32% and 38%, respectively) and the highest were related to scope and purpose and clarity of presentation (80% and 75%, respectively); only seven (24.1%) were considered recommended. The most frequent focus of the CPD was related to TB control actions (n=23; 79.3%) and the least frequent was related to health promotion actions (n=13; 44.8%). With regard to the ACS, its approach was more related to control actions (n=20 of the 23 CPD that had this approach). Steps (I) and (II) made it possible to update, based on evidence, a booklet related to the role of the CHA in the management of TB. **Conclusion:** The quality of the CPD evaluated was below expectations, even though most of them were produced in countries with a high incidence and prevalence rate of TB. There is a need for a greater approach to Evidence-Based Practice in terms of qualifying the preparation of these CPD aiming at quality and safety of care regarding TB, especially with regard to the role of the CHA in this context, translating the importance of the proposal to update the booklet.

Keywords: Tuberculosis, Practice Guidelines, Clinical Protocols, Evaluation, AGREE II, Community Health Workers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
APS	Atenção Primária à Saúde
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistentes
CFF	Conselho Federal de Farmácia
DPC	Diretrizes de Prática Clínica
MNT	Micobactéria Não-Tuberculosa
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNCT	Programa Nacional De Controle da Tuberculose
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
TB	Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é fruto de um grande esforço coletivo e pessoal, mas, mais do que isso é a concretização de um sonho, pois traz uma grande contribuição a Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM), a partir das experiências vivenciadas na minha prática profissional no combate à tuberculose.

Durante a minha graduação em enfermagem, concluída no ano de 2010, sempre tive uma grande afinidade com a tuberculose, uma vez que sempre acreditei no potencial de curar os pacientes acometidos pela doença e com isso melhorar a saúde dessa população. Com isso, após a minha formação, tive a oportunidade, no ano de 2011, de trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde no município de Fortaleza, podendo assim atuar de forma direta no acompanhamento à pessoa com tuberculose. No ano seguinte, fui convidada para atuar como Coordenadora Regional do Programa de Tuberculose e graças a esse trabalho pude desenvolver um grande amor pela temática. Eu tive, então, a possibilidade de não apenas acompanhar, mas monitorar as ações que eram desenvolvidas em prol desses pacientes. Com a possibilidade de realizar o mestrado em saúde coletiva eu vi a possibilidade de contribuir para através da elaboração de uma dissertação que posteriormente iria trazer impacto positivo para as ações de controle da doença.

Diante disso, elaborei esse trabalho que julgo que irá impactar positivamente e contribuir na melhoria do cuidado, acompanhamento desses pacientes e no monitoramento das ações.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 TUBERCULOSE	16
3.1.1 Origem da doença	16
3.1.2 Agente etiológico	16
3.1.3 Transmissão	17
3.1.4 Diagnóstico	18
3.1.5 Tratamento	20
3.1.6 A tuberculose como problema de saúde pública	21
3.2 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	22
3.3 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS	25
3.4 DIRETRIZES CLÍNICAS	26
3.5 AGREE II	27
4. METODOLOGIA	29
4.1 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	29
4.2 BUSCA E CARACTERIZAÇÃO DOS DPC (ETAPA I)	30
4.2.1 Tipos de DPC	30
4.2.2 Busca sistematizada	30
4.2.2.1 Estratégias de busca e bases de dados	30
4.2.3 Busca não sistematizada	31
4.2.4 Critérios de inclusão e exclusão	31
4.2.5 Definição da amostra	31
4.2.6 Extração e análise dos dados	32
4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DPC (ETAPA II)	33
4.4 INTEGRAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS E ATUALIZAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO (ETAPA III)	35
4.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 ARTIGO	36
5.2 PRODUTO TÉCNICO	62
5.2.1 Abordagem comparativa	62
5.2.2 Cartilha	63
6. CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	74

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença milenarmente conhecida com diagnóstico e tratamento disponíveis e com taxas relevantes de incidência persistindo como preocupação sanitária internacional. Está intimamente ligada a condições demográficas e a aspectos socioeconômicos, tais como: renda familiar baixa, nível educacional precário, adensamentos comunitários, locais de habitação fechados sem arejamento do ar e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que a torna prevalente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (RÊGO et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou uma estratégia denominada “Fim da tuberculose” (End TB) (OMS, 2015) que estabelece metas de reduzir em 90% os casos de tuberculose (TB) e em 95% as mortes por TB até 2035, em comparação a 2015; para tal, deve-se aumentar os esforços governamentais (OMS, 2015).

Com a crise sanitária e social agravada pela pandemia de covid-19 aconteceu um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença ocasionando um retrocesso nas ações até o momento (OMS, 2022). No mundo, estima-se que no primeiro ano da pandemia, cerca de 10,1 milhões de pessoas tiveram TB, mas apenas 5,8 milhões (57,4%) foram diagnosticadas e notificadas ocasionando uma redução de 18% em relação a 2019, quando foram notificados pelos países 7,1 milhões de casos dos 10 milhões (71%) estimados. No ano de 2021, um total de 10,6 milhões de pessoas adoeceram por TB, das quais 6,4 milhões (60,4%) foram notificadas, ocasionando uma recuperação parcial na subdetecção de pessoas com TB no mundo (OMS, 2021; OMS, 2020a).

A diminuição do número de notificações de pessoas diagnosticadas com TB em 2020 e 2021 por conta da pandemia de covid-19 fez com que o número de pessoas com TB não diagnosticadas e não tratadas aumentasse. Isso potencialmente impactará na ocorrência da transmissão comunitária da infecção, ocasionando um aumento no número de pessoas com TB nos próximos anos, impactando diretamente no aumento de óbitos pela doença. Diante desse cenário, a OMS estimou ter havido um acréscimo no número de óbitos por TB, cujo total passou de 1,4 milhão em 2019, sendo 208 mil entre pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), para 1,6 milhão em 2021, dos quais 187 mil entre PVHA, invertendo-se a tendência de redução observada no período de 2005 a 2019 (OMS, 2022; OMS, 2020b).

Diante do impacto da pandemia de covid-19, tanto o Brasil como outros países tiveram os serviços de saúde afetados, comprometendo o seguimento dos tratamentos, a continuidade das ações de busca ativa de casos no território e o rastreamento dos contatos. Logo, no primeiro ano da pandemia, houve uma redução de 12,1% no coeficiente de incidência da doença, que passou de 37,9 casos a cada 100 mil hab., em 2019, para 33,3 casos a cada 100 mil hab., em 2020. No ano de 2021, foram registrados 34,9 casos a cada 100 mil hab. e, em 2022, 36,3 casos. Em relação aos óbitos por TB, ocorreu um aumento de 0,8% entre 2019 e 2020. Já no ano de 2021, após a reorganização da rede de atenção à saúde, tivemos um registrado 5.074 óbitos por TB, equivalendo um aumento de 12,0% em relação a 2019. Esse número foi semelhante ao observado há 20 anos, quando, em 2002, registraram-se 5.162 óbitos por TB no país (BRASIL, 2023).

Tanto o diagnóstico, como o tratamento dessa doença são realizados, de forma universal e gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados prioritários pelo governo desde 2003 (BRASIL, 2017). Diante disso, a melhoria da qualidade do atendimento, o fortalecimento da vigilância e da atenção às pessoas com TB são estratégias importantes para reduzir a incidência da doença nessa população. Uma estratégia que merece destaque é o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) que é uma ferramenta importante para prevenção do adoecimento especialmente em pessoas com maior risco (contatos de TB bacilífera, pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIVAIDS), pessoas em situação de rua e crianças) (BRASIL, 2019; OMS, 2022).

Nesse contexto, destaca-se o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que preconiza a horizontalização das medidas de controle, vigilância, prevenção e tratamento da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2019a). Ele visa, principalmente, aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, a descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos) e a cura, para reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade.

Essa estratégia de organização ampliou o acesso das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a doença, pois lida diretamente com o usuário e seu contexto de vida. O PNCT busca aprimorar o planejamento e a avaliação das ações de controle da TB e, para isso, estruturou sua organização com os seguintes componentes e subcomponentes: atenção à saúde (prevenção, diagnóstico, assistência) e informação estratégica (vigilância epidemiológica,

monitoramento e avaliação, pesquisa, desenvolvimento humano e institucional, comunicação e mobilização social, planejamento e orçamento) (BRASIL, 2011; HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013).

O Brasil adotou o PNCT como estratégia de controle desta endemia. Como metas, buscam-se reduzir o abandono do tratamento a menos que 5%, detectar 70% dos casos pulmonares bacilíferos e curar 85% dos casos notificados. O alcance dessas metas (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; BRASIL 2010) depende da incorporação do PNCT na rede de atenção básica à saúde, razão pela qual a avaliação do processo de implantação e operacionalização do programa pode contribuir para aprimorar o controle da endemia tuberculosa.

Em 2023 com a chegada do novo governo o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) passa a ser Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM) de forma inédita, o governo federal instalou, no dia 06 de junho do presente ano, o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Cieds), dentre os quais têm como objetivos desenvolver ações articuladas para alcançar inclusão social e cuidado integral às pessoas com tuberculose e outras doenças determinadas socialmente. Com isso, caberá ao Ministério da Saúde coordenar as ações do órgão que vai funcionar até janeiro de 2030. Os outros oito ministérios que fazem parte são: Ciência, Tecnologia e Inovação; Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Direitos Humanos e da Cidadania; Educação; Igualdade Racial; Integração e Desenvolvimento Regional; Justiça e Segurança Pública; e Povos Indígenas.

No Brasil, a Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM) visando padronizar as recomendações voltadas a ações de controle da tuberculose no país utiliza como documento norteador o Manual de Recomendações para controle da Tuberculose no Brasil (2019). Através desse documento encontra-se na sua 2ª edição atualizada e tem como principal objetivo trazer recomendações atualizadas acerca das ações e controle da doença.

Conforme Hijjar, Oliveira & Teixeira (2001), diante da complexidade apresentada por essa doença e pelo potencial de mortalidade, é necessário que os profissionais que atuam na assistência a esse agravo estejam qualificados e alinhados no que diz respeito a Documentos de Prática Clínica (DPC), como protocolos e

diretrizes, publicados sobre o agravo, para que possam aprimorar as suas práticas e propor intervenções para a melhoria das condições de saúde desses pacientes.

Para Qaseem et al. (2012), DPC são ferramentas fundamentais na padronização de ações e abordagens relacionadas a esses pacientes. Entretanto, é importante considerar que o crescimento da quantidade de DPC publicados por diferentes instituições ao longo dos anos gerou preocupação quanto à sua qualidade. Isso é algo preocupante, tendo em vista que é necessário a padronização das ações em saúde por todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente ao manejo e abordagem do paciente com TB para que as ações apresentem impacto.

Dentre esses profissionais o Agente Comunitário de Saúde (ACS) exerce importante papel na busca ativa ao paciente de TB, pois ele é o primeiro elo com o paciente e a Unidade Básica de Saúde (UBS), desenvolvendo um importante papel de integração entre as ações de atenção básica e vigilância em saúde. Diante disso, é fundamental que ele esteja capacitado para a abordagem que esse paciente necessite, bem como seu manejo, dentro do escopo das atividades previstas em suas atribuições (BRASIL, 2017).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Caracterizar e avaliar a qualidade de DPC publicados relacionados à TB e a abordagem relacionada ao ACS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar e caracterizar DPC relacionados à TB;
- ✓ Avaliar a qualidade e abordagem dos DPC identificados;
- ✓ Avaliar a abordagem dos DPC relacionada ao ACS;
- ✓ Atualizar um instrumento orientador para o ACS para atendimento ao paciente da TB com base nos DPC identificados e avaliados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TUBERCULOSE

3.1.1 Origem da doença

A TB, antiga enfermidade descrita como tísica, foi conhecida, no século XIX, como peste branca, ao dizimar centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. A partir da metade do século XX, houve acentuada redução da incidência e da mortalidade relacionadas à TB, já observada àquela ocasião em países desenvolvidos, sobretudo pela melhoria das condições de vida das populações (SAAVACOL, 1986).

O histórico da doença se inicia há mais de 5 mil anos, em diversas civilizações antigas e estima-se que o bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* tenha origem de 15.000 anos atrás (CAMBAU; DRANCOURT, 2014; HIJJAR; PROCÓPIO, 2006). No Egito Antigo, múmias de cerca de 3 mil anos atrás apresentavam lesões em vestígios da coluna espinhal que eram compatíveis com a doença, conhecida como Mal de Pott na época (MACIEL et al, 2012). No período pré-colombiano, a tuberculose foi encontrada nas múmias do Peru datadas de 900 d.C. Já no Brasil, não há registros de que a tuberculose fosse uma doença comum antes da colonização Portuguesa iniciada em 1500, porém há divergência entre alguns autores sobre esse fato (CAMPOS; PIANA, 2001; MACIEL et al., 2012).

No início da década de 1980, houve recrudescimento global da TB: nos países de alta renda, esse recrudescimento se deveu principalmente à emergência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, nos países de baixa renda, devido à ampliação da miséria e do processo de urbanização descontrolada, além de desestruturação dos serviços de saúde (BLOOM, 1992; CDC, 1993; ROSSMAN; MACGREGOR, 1995).

3.1.2 Agente etiológico

A doença pode ser ocasionada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae* (BRASIL, 2019b). No

entanto, de acordo com Rossman & Macgregor (1995), para a saúde pública, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis*, conhecida também como bacilo de Koch (BK).

O *M. tuberculosis* é fino, ligeiramente curvo e mede de 0,5 a 3 µm. É um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), aeróbio, com parede celular rica em lipídios (ácidos micólicos e arabinogalactano), o que lhe confere baixa permeabilidade, reduz a efetividade da maioria dos antibióticos e facilita sua sobrevivência nos macrófagos (ROSSMAN; MACGREGOR, 1995).

3.1.3 Transmissão

A transmissão da infecção se dá por via respiratória, na qual a pessoa não infectada inala o bacilo através de aerossóis transmitidos por espirro, tosse ou fala de uma pessoa infectada (BRASIL, 2020). As gotículas exaladas (gotículas de Pflüger) rapidamente se tornam secas e transformam-se em partículas menores (núcleos de Wells), contendo um a dois bacilos, podem manter-se em suspensão no ar por muitas horas e são capazes de alcançar os alvéolos, onde podem se multiplicar e provocar a chamada primo-infecção (RIEDER; OTHERS, 1999).

O risco de adoecimento, isto é, a progressão para a TB ativa após infecção, depende de fatores endógenos, em especial da integridade do sistema imune. Em saúde pública, a importância de um fator de risco reside na sua associação com a ocorrência da doença e na prevalência desse fator na população avaliada (RIEDER; OTHERS, 1999). Estima-se que 10% das pessoas que foram infectadas pelo *M. tuberculosis* adoeçam: 5% nos dois primeiros anos que sucedem a infecção e 5% ao longo da vida, caso não recebam o tratamento preventivo preconizado. O risco de adoecimento por TB pode persistir por toda a vida (COMSTOCK; EDWARDS; LIVESAY, 1974).

Entre os maiores riscos de adoecimento para a TB está a infecção pelo HIV. Dentre outros fatores conhecidos, destacam-se o tempo decorrido da infecção ao desenvolvimento de TB ativa (maior risco de adoecimento nos primeiros dois anos após exposição), a idade menor que dois anos ou maior que 60 anos e a presença de determinadas condições clínicas (doenças e/ou tratamentos imunossupressores) (BRASIL, 2019b).

Estima-se que 10% das pessoas que foram infectadas pelo *M. tuberculosis*

adoeçam: 5% nos dois primeiros anos que sucedem a infecção e 5% ao longo da vida, caso não recebam o tratamento preventivo preconizado. O risco de adoecimento por TB pode persistir por toda a vida (COMSTOCK; EDWARDS; LIVESAY, 1974).

A TB primária, aquela que ocorre logo após a infecção, é comum em crianças e nos pacientes com condições imunossupressoras. Habitualmente, é uma forma grave, porém com baixo poder de transmissibilidade. Em outras circunstâncias, o sistema imune é capaz de contê-la, pelo menos temporariamente. Os bacilos podem permanecer como latentes (infecção latente pelo *M. tuberculosis* – ILTB) por muitos anos até que ocorra a reativação, produzindo a chamada TB pós-primária (ou secundária). Em 80% dos casos acomete o pulmão, e é frequente a presença de cavidade (COMSTOCK; EDWARDS; LIVESAY, 1974).

É estimado que cerca de 25% da população global tenha a ITB, sendo que 5% a 10% dos casos progridem para doença ativa entre 2 e 5 anos após a exposição ao MTB, sendo responsável por média de 80% dos casos novos de tuberculose (RUSTAGE, K.; LOBE, J.; HAYWARD, S. E.; et al., 2021; BARSS, L; MOAYEDI-NIA, S; CAMPBELL, J. R; OXLADE, O; MENZIE, D, 2020).

3.1.4 Diagnóstico

A TB pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. Todavia, a TB na forma pulmonar, é a mais frequente e também a mais relevante para a saúde pública, pois é essa forma, especialmente a bacilífera, a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Com isso, a busca ativa de sintomático respiratório é a principal estratégia para o controle da TB, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares (BRASIL, 2011).

Essa enfermidade pode manifestar-se sob diferentes apresentações clínicas, que podem estar relacionadas com o órgão acometido. Desta forma, outros sinais e sintomas, além da tosse, podem ocorrer e devem ser valorizados na investigação diagnóstica individualizada (CONDE; MUZY DE SOUZA, 2009; KRITSKI; MELO, 2007).

A pesquisa bacteriológica é um método de fundamental importância em adultos, tanto para o diagnóstico quanto para o controle de tratamento (BRASIL, 2008), e será usado na ordem de prioridade detalhada. O Exame Microscópico Direto – Baciloscopia Direta é a técnica mais utilizada, devendo ser solicitada em paciente:

com critérios de definição de sintomático respiratório (exame de escarro); com suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse (exame de escarro); e com suspeita clínica de TB extrapulmonar (exame em materiais biológicos diversos).

A cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB, sendo indicado: em casos de suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa; suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos); suspeitos de TB com dificuldades de obtenção da amostra (por exemplo, crianças); suspeitos de TB extrapulmonar; e casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas – MNT (nestes casos o teste de sensibilidade pode ser feito com análise da Concentração Inibitória Mínima) (BRASIL, 2019a).

A radiografia de tórax é um método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose (BURRIL, 2007; DALEY; GOTWAY; JASMER, 2009). Diferentes achados radiológicos apontam para a suspeita de doença em atividade ou doença no passado, além do tipo e extensão do comprometimento pulmonar. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar. No entanto, até 15% dos casos de TB pulmonar não apresentam alterações radiológicas, principalmente pacientes imunodeprimidos (BRASIL, 2011).

3.1.5 Tratamento

O esquema de tratamento da tuberculose é padronizado, deve ser realizado de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e compreende duas fases: a intensiva (ou de ataque) e a de manutenção. A fase intensiva tem o objetivo de reduzir rapidamente a população bacilar e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento. Uma consequência da redução rápida da população bacilar é a diminuição da contagiosidade. Para tal, são associados medicamentos com alto poder bactericida. A fase de manutenção tem o objetivo de eliminar os bacilos latentes ou persistentes e a redução da possibilidade de recidiva da doença. Nessa fase, são associados dois medicamentos com maior poder bactericida e esterilizante, ou seja, com boa atuação em todas as populações bacilares (COURA, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2019a), o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. A apresentação farmacológica dos medicamentos, atualmente em uso, para o esquema básico é de comprimidos em doses fixas combinadas com a apresentação tipo 4 em 1 (RHZE) ou 2 em 1 (RH).

O tratamento da TB tem o objetivo de fortalecer a adesão do paciente à terapêutica, bem como, de prevenir o aparecimento de cepas da micobactéria resistentes aos medicamentos, reduzindo assim, os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) o tratamento da TB, consiste em mais do que observar a tomada diária (de segunda a sexta-feira) dos medicamentos, sendo necessária a construção de vínculo entre doente e profissional de saúde, bem como entre doente e serviço de saúde. Torna-se necessário, ainda, a remoção das barreiras que impedem a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais.

Esse acompanhamento pode ser realizado no serviço de saúde, quando o doente se dirige à unidade para receber o medicamento. Admitem-se, ainda, outras modalidades de supervisão, a prisional, quando a observação é realizada no sistema prisional, e a compartilhada, quando o doente recebe a consulta médica em uma unidade de saúde, e faz o tratamento em outra unidade de saúde, mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho, devendo sempre respeitar as suas preferências (BRASIL, 2011).

3.1.6 A tuberculose como problema de saúde pública

A tuberculose é um problema de saúde pública que pode ser prevenido e curado, porém, tem alta prevalência em contextos de pobreza e de desigualdade social (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2020; GUAZZI, 2016; MUNAYCO et al., 2015; PRADO et al., 2017). Estima-se que um terço da população mundial está infectada pelo bacilo da tuberculose e, portanto, em risco de desenvolver a doença (PILLER, 2012) (BRASIL, 2015). Embora estudos mostrem redução na taxa de incidência, a mortalidade ainda é bastante alta, principalmente quando há coinfeção TB/HIV.

O enfrentamento à tuberculose (TB) persiste como grande desafio para a saúde pública no Brasil. A crise sanitária e social agravada pela pandemia de covid-19 continua a ter um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Os progressos alcançados ao longo dos anos anteriores à pandemia estagnaram ou se reverteram (OMS, 2022), e a retomada das ações ainda tem estado aquém do necessário.

Estima-se que no primeiro ano da pandemia, no mundo, aproximadamente 10,1 milhões de pessoas desenvolveram TB, mas apenas 5,8 milhões (57,4%) foram diagnosticadas e notificadas, uma redução de 18% em relação a 2019, quando foram notificados pelos países 7,1 milhões de casos dos 10 milhões (71%) estimados. Em 2021, 10,6 milhões de pessoas adoeceram por TB, das quais 6,4 milhões (60,4%) foram notificadas, o que representa uma recuperação parcial na subdetecção de pessoas com TB no mundo (OMS, 2021; OMS, 2020a).

No Brasil, assim como em outros países, os serviços de TB foram seriamente afetados durante a pandemia de covid-19, o que comprometeu, além do seguimento das pessoas em tratamento, a continuidade das ações de busca ativa de casos na comunidade e de rastreamento de contatos. Por conseguinte, no primeiro ano da pandemia, houve uma redução de 12,1% no coeficiente de incidência da doença, que passou de 37,9 casos a cada 100 mil hab., em 2019, para 33,3 casos a cada 100 mil hab., em 2020. Em 2021, foram registrados 34,9 casos a cada 100 mil hab. e, em 2022, 36,3 casos, valor todavia aquém dos observados nos anos pré-pandêmicos. Quanto aos óbitos por TB, houve um aumento de 0,8% entre 2019 e 2020. Já em 2021, com a recuperação parcial da rede de atenção à saúde, foram registrados 5.074 óbitos por TB, um aumento de 12,0% em relação a 2019. Esse número foi semelhante

ao observado há 20 anos, quando, em 2002, registraram-se 5.162 óbitos por TB no país (BRASIL, 2022b). O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV considerados prioritários pela OMS para o controle da doença no mundo. Em 2015, o percentual de detecção da tuberculose no país, segundo a OMS, foi de 87,0% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

As pessoas vivendo com HIV (PVHIV) estão mais propensas a desenvolver tuberculose (TB). Estima-se que essas pessoas tenham entre 16 e 27 mais chances de evoluir para a forma ativa da doença, quando comparadas à população geral. A associação TB-HIV eleva a probabilidade de morte, uma vez que, na situação de coinfeção, ocorrem modificações mútuas na evolução de cada infecção e, consequentemente, nas doenças resultantes, desencadeando complicações do quadro clínico, respostas diferenciadas às terapias medicamentosas e prognósticos incertos ou desfavoráveis (BRASIL, 2021).

3.2 POLÍTICA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NO SUS E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída em 21 de setembro de 2017 por meio da Portaria nº 2436/2017, a Estratégia Saúde da Família é definida como modelo de atenção preferencial da APS, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) a principal porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde e coordenando o cuidado no território. A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o primeiro nível de assistência dentro de um sistema de saúde, caracterizando-se pelos princípios e diretrizes mantenedores dessa ação, como a longitudinalidade e integralidade do cuidado, acrescida da necessidade de recursos financeiros e organizacionais. Ela é orientada pelos princípios do SUS que são reforçados nas diretrizes da PNAB que são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A PNAB (2017) definiu sobre as atribuições comuns e específicas dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Todos os profissionais são responsáveis pelas suas atividades nas unidades básicas de saúde, sendo que esses serviços podem ser ofertados aos usuários nas Unidades de Saúde ou através da visita domiciliar.

O primeiro passo para a organização do trabalho da ESF é realizado pela definição do território e dos usuários referidos nesse contexto. O ACS pelo seu papel fundamental por meio da visita domiciliar favorece o diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua base geográfica, além de obter informações de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde (BRASIL, 2017).

Essa tarefa merece destaque no âmbito das atribuições do ACS, uma vez que, ao realizar a visita domiciliar ele não apenas fortalece o vínculo com a população, como está realizando a integralidade do cuidado. A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) cita que a vigilância deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção (BRASIL, 2018).

Com isso fica claro que a inserção das ações de vigilância em saúde nos processos de trabalho da APS é agenda estratégica para o fortalecimento do SUS. O ACS ao realizar ações de acompanhamento e de marcação de agendas de saúde com os usuários permite que os possíveis casos de tuberculose do território sejam acompanhados e monitorados em tempo oportuno.

De acordo com Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009), o ACS é considerado na implantação do SUS uma peça essencial, sendo considerado um mediador que fortalece a relação entre os respectivos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, isto é, a integração entre o sistema de saúde básico e a comunidade a ser atendida. Os ACS atuam com o intuito e obrigação de melhorar, primeiramente, a qualidade de vida das pessoas, sendo capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e tendo em suas ações promover a atenção na saúde (BRASIL, 2009).

Para Schubert (2009) o ACS é a mola propulsora da APS. No entanto, Tomaz (2002) afirma que o ACS não pode ser considerado, exatamente, a mola propulsora da consolidação do SUS, pois ele é considerado um dos fatores dentre outros que existem. O trabalho realizado pelo ACS é um dos alicerces importantes para a implantação dos princípios do SUS.

A força de trabalho do ACS é imprescindível para a consolidação dos princípios

do SUS. Ele torna a saúde mais acessível para uma camada da população desprovida de condições de arcar financeiramente com sua própria saúde e saúde da sua família, além de levar até o domicílio das pessoas as informações necessárias no que diz respeito à saúde como modelo que privilegia a prevenção (BATISTA SANTANA et al., 2009).

Em síntese, a atuação do ACS na rede do SUS iniciou através do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), em 1991. Mesmo sendo instituído em 1991, só em 1997 com a publicação da Portaria nº 1.886/1997 que foram estabelecidas as atribuições dos ACS e logo, sequencialmente, foi instituído o Decreto nº 3.189/1999 que fixou diretrizes para o exercício da atividade e a Lei nº 10.507/2002 que regulamenta a profissão (ROCHA; BARLETTTO, 2013).

A Portaria nº 1.886/1997 foi revogada pela Portaria nº 648/2006 que, por sua vez, foi revogada Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 atualmente em vigor (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). Ressalta-se que em 1994 foi criado o PSF (Programa de Saúde da Família) para substituir e complementar o anterior modelo, que era o PACS (1991), e, junto, surgiu a categoria de ACS para atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visto que foram sendo incorporados às equipes de saúde (LIMA; MOURA, 2005; DE BARROS, 2010).

As atividades do ACS são regidas atualmente pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que passou a ter seu artigo segundo atualizado a partir da Lei nº 14.536, de 20 de Janeiro de 2023 de modo a considerar os ACS como profissionais de saúde, com profissão regulamentada (BRASIL, 2006; 2023).

Segundo Neumann (2011), na prática do dia-a-dia do ACS, dificuldades irão surgir e, através de tantos desafios impostos, é necessário inovações no cuidado da saúde. Com isso, no contexto da relação entre a identificação dos problemas percebidos pelo profissional e as situações de vulnerabilidade da comunidade, deve-se priorizar o vínculo e o acolhimento nas relações, considerando a capacitação destes profissionais algo extremamente importante.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012) “as atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões”. Como as atividades do ACS são regulamentadas por dispositivos legais, as suas respectivas ações têm que estar de acordo e em consonância às delimitações determinadas na legislação a que estão submetidos.

Com a atualização da PNAB (2017) o ACS tem como atribuição: I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Para realizar as suas atividades em conformidade com regulamentação que as definem os ACS encontram estabelecido pelo Ministério da Saúde um conjunto de atribuições que podem ser localizados em Guias, em Leis, Cartilhas, Decretos, Portarias e na PNAB, onde encontram descrições sobre as atribuições que os ACS devem possuir para exercer suas atividades com êxito (LOURES, 2010).

3.3 SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Segundo Toklu (2015), a Saúde Baseada em Evidências (SBE) tem como objetivo resolver questões em saúde e promover a tomada de decisões clínicas utilizando evidências científicas de maior qualidade. Na década de 1990, o nome utilizado era “Medicina Baseada em Evidências”, e tinha como principal característica utilizar uso de evidência na literatura e estudo de ensaios clínicos para aplicação de seus resultados na prática diária do profissional médico.

Porém, de acordo com Djulbegovic (2017), esse acontecimento no campo da

saúde baseada em evidências, já havia sido iniciado através do uso de pesquisas clínicas para a tomada de decisões na prática com objetivo de elaborar diretrizes e conter gastos acontecia na década de 70.

Segundo Lacerda et al. (2011), buscando evitar o uso de estudos enviesados e de baixa qualidade, a SBE evoluiu de forma a avaliar a qualidade de evidência a ser utilizada, de forma que, quanto maior a qualidade de evidência, mais confiável é o efeito da intervenção. Desse modo, foram criadas diferentes ferramentas com o intuito de orientar os profissionais em saúde. Como exemplo, a pirâmide de hierarquia de evidência possui a função de apontar os estudos que oferecem da menor à maior qualidade de evidência, desde a opinião de experts na base da pirâmide até revisões sistemáticas, no topo da pirâmide.

A prática da SBE pode ser dividida nos seguintes passos: identificação de um problema em saúde, busca e avaliação da evidência, escolha da intervenção, personalização da terapia e tomada de decisão final (TOKLU, 2015). A SBE pode ser utilizada não apenas para a tomada de decisões em tratamento para o paciente, mas também para a prevenção de agravos, avaliação e diagnóstico, por exemplo. Embora, no Brasil, a profissão com mais publicações ainda seja a medicina, nota-se um desenvolvimento desta ciência de maneira multiprofissional no país, com destaque para as áreas de enfermagem e fisioterapia (LACERDA et al., 2011).

3.4 DOCUMENTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Os DPC, em sentido amplo, são documentos informativos que incluem recomendações dirigidas a otimizar o cuidado prestado ao paciente. Os DPC são construídos com base em uma revisão sistematizada das evidências científicas e na avaliação dos benefícios e danos de diferentes opções na atenção à saúde (QASEEM et al., 2012).

Devido ao grande volume de informações e variabilidade na qualidade das informações científicas geradas na área da saúde, há necessidade de elaboração de sínteses que facilitem o acesso a essas informações e possibilitem recomendações baseadas nos resultados oriundos de múltiplas fontes, fornecendo subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor (BRASIL, 2016). Dentre os DPC, cabe destaque às diretrizes e aos protocolos.

Eles devem ser a base para melhorar a qualidade e a segurança do serviço de

saúde. Há consenso de que a implementação de DPC, a partir das melhores evidências científicas disponíveis, pode produzir melhores resultados numa determinada população (PANERAI; MOR, 1989; DOUW et al., 2003; GRIMSHAW et al., 2001; FARMER et al., 2011).

Os DPC se propõem a reduzir a morbimortalidade, melhorar a qualidade de vida e também melhorar a assistência prestada, com a padronização das condutas frente a problemas clínicos específicos (PANERAI; MOR, 1989; FORSETLUND et al., 2009). Além de subsidiar as decisões dos profissionais de saúde, eles desempenham um papel importante para a gestão e regulação dos sistemas de saúde (O'BRIEN et al. 2008).

Eles são considerados importantes veículos de influência para a prática clínica. Sociedades locais, nacionais e internacionais adotam o processo de identificação de áreas clínicas de grande relevância na formulação de questões clínicas específicas, revisão das evidências aplicáveis e formulação de recomendações que acreditam que os médicos e seus pacientes devam seguir (GRAHAM et al, 2011).

No entanto, O'Brien et al. (2008) relatam que para que DPC adquiram confiabilidade é necessário que elas sejam desenvolvidas por grupos de pessoas com habilidades e conhecimentos baseados na melhor evidência disponível. Assim, são diversas as organizações que criam DPC, como sociedades clínicas especializadas, grupos de defesa de doenças, agências federais e locais, planos de saúde ou empresas comerciais. Elas têm como principal propósito atender os diferentes contextos, padronizando condutas em clínicas e/ou hospitais e orientando políticas públicas de saúde (GRAHAM et al, 2011).

Nesse contexto, a implementação de DPC traz melhores resultados para uma determinada população, já que se propõe a desenvolver a qualidade da assistência prestada com a padronização das condutas frente a problemas clínicos específicos (GIGUÈRE et al., 2012). Além disso, contribuem para as decisões dos profissionais de saúde, exercendo papel importante para a gestão e regulação dos sistemas de saúde (O'BRIEN et al., 2008).

3.5 AGREE II

Com o propósito de orientar a melhoria da qualidade DPC, foi desenvolvido em 2003 um instrumento de avaliação da qualidade, o AGREE (*Appraisal of Guidelines*

for Research and Evaluation), por profissionais de 13 países (AGREE, 2009). Atualmente em sua segunda versão, AGREE II, é utilizado por instituições nacionais e internacionais que elaboram diretrizes clínicas para avaliar e relatar o processo de desenvolvimento. O AGREE II é composto por 23 itens distribuídos por seis domínios relacionados à qualidade das informações disponíveis nas diretrizes (RONSONI, 2013).

O instrumento AGREE II aborda a variabilidade na qualidade e avalia o rigor metodológico e a transparência no desenvolvimento das diretrizes de prática clínica. A ferramenta foi projetada para avaliar a qualidade das diretrizes no âmbito da saúde, oferecendo, assim, orientações sobre o desenvolvimento destes documentos e orienta quais informações específicas devem ser relatadas (RONSONI, 2013).

Os domínios do AGREE II incluem: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor no desenvolvimento, clareza e apresentação, aplicabilidade e independência editorial. Ressalta-se que eles remetem a questões metodológicas relevantes para o desenvolvimento de diretrizes e relatórios, mas não avaliam a adequação ou validade clínica das próprias recomendações. Mesmo com a necessidade de um desenvolvimento rigoroso e relatórios explícitos, as recomendações podem não refletir os melhores resultados em saúde para pacientes e populações (RONSONI, 2013; QASEEM, 2012).

Uma vez que há crescente número de desenvolvimento de diretrizes de prática clínica, o instrumento AGREE II fornece uma estrutura para alcançar consenso sobre princípios metodológicos. Além de avaliar as diretrizes de prática clínica, o instrumento pode ser utilizado para propiciar a qualidade e disponibilizar uma estratégia metodológica consistente para descrever as informações que devem ser incorporadas nestes documentos (QASEEM, 2012), cabendo a possibilidade de sua utilização na avaliação da qualidade de outros tipos de DPC.

A recomendação de utilização do instrumento AGREE II é que as diretrizes sejam avaliadas por no mínimo duas pessoas, sendo o quantitativo ideal quatro avaliadores com o intuito de aumentar a confiabilidade da avaliação (KANTI et al., 2018). Ainda que as pontuações sirvam como parâmetro para comparação entre as diretrizes, o presente instrumento não fornece padrões de pontuação para indicar se uma diretriz possui alta ou baixa qualidade, ficando a critério dos avaliadores e do contexto no qual a ferramenta foi inserida para estabelecer este julgamento (KANTI et al., 2018).

4. METODOLOGIA

O estudo foi realizado seguindo três etapas adaptadas a partir dos requisitos mínimos para SBE (BURNS; FOLEY, 2005; LARSEN et al., 2019) partindo da definição da pergunta de pesquisa: (I) busca e caracterização de DPC relacionados à TB; (II) avaliação qualidade dos DPC; (III) análise dos DPC na perspectiva de atualização de instrumento para ACS para a manejo do paciente com TB.

4.1 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

Em termos estruturais, ela foi elaborada de acordo com o acrônimo PICo *Population, phenomenon of Interest e Context* (STERN et al., 2014) (do inglês, população, fenômeno de interesse e contexto) e está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Definição da pergunta de pesquisa.

Elemento	Descrição
Pergunta	Como se apresentam em termos de conteúdo e aplicabilidade DPC relacionados à TB no contexto da Atenção Primária à Saúde?
População	Pessoas com TB.
Fenômeno de interesse	Prevenção, diagnóstico, avaliação e tratamento da TB.
Contexto	Atenção Primária à Saúde (sem restrições geográficas, culturais e/ou raciais).

4.2 BUSCA E CARACTERIZAÇÃO DOS DPC (ETAPA I)

4.2.1 Tipos de DPC

Os DPC considerados na pesquisa foram protocolos, diretrizes, manuais e guias e foram buscados em outubro de 2023 de maneira sistematizada e não sistematizada.

4.2.2 Busca sistematizada

4.2.2.1 Estratégias de busca e bases de dados

As estratégias de busca foram elaboradas a partir de palavras-chave indexadas previstas como Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da BVS e *Medical Subject Headings* (MeSH) do *National Center for Biotechnology Information*.

As bases de dados indexadas foram definidas a partir de uma busca inicial no Periódicos Capes que indicou bases nas quais havia publicações de interesse relacionadas aos temas. As bases definidas para essa etapa metodológica foram: PubMed, *Science Direct*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Embase* e *Web of Science*. As estratégias de busca por base estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Estratégias de busca por base.

Base	Estratégias
BVS	((("Tuberculosis") AND ("Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Consensus")))
PubMed	((("Tuberculosis") AND ("Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Consensus")))
Web of Science	((TI=(Tuberculosis)) AND (TI=(Guideline) OR TI=(Clinical Protocols) OR TI=(Consensus)))
Science direct	((("Tuberculosis") AND ("Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Consensus")))
Embase	tuberculosis:ti AND guideline:ti

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

4.2.3 Busca não sistematizada

De maneira complementar, uma busca foi realizada em *websites* nacionais e internacionais vinculados a órgãos de saúde dos países com alta carga de TB e da lista global de observação de TB definidos pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Sites de organizações internacionais, como OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também foram consultados. A ferramenta de pesquisa Google Acadêmico foi explorada nessa etapa de buscas livres designada pelos autores como busca não sistematizada.

4.2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra final DPC em português, inglês e espanhol publicados nos últimos cinco anos que continham abordagem de TB (avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento) disponíveis na íntegra. Foram excluídos aqueles cuja abordagem estivesse associada a algum contexto, cenário ou nível de saúde específico não relacionado à atenção primária à saúde, bem como os que estivessem especificamente associados à Infecção Latente da Tuberculose (ILTb), à TB multirresistente, à TB extrapulmonar (espinhal ou ocular), a pessoas com TB mais alguma infecção, doença não infecciosa ou condição de saúde e a pessoas com TB de populações específicas (como crianças e adolescentes).

4.2.5 Definição da amostra

A seleção dos DPC foi desenvolvida em três etapas escalonadas que consistiram na exclusão de duplicidades, seguida da leitura e análise de títulos e resumos por meio do aplicativo web *Rayyan Intelligent Systematic Review* e leitura completa e análise dos DPC selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão. A análise de títulos e resumos foi realizada de forma independente por dois avaliadores com as divergências discutidas em conjunto pelos dois revisores.

O processo de definição da amostra foi apresentado na forma de fluxograma de identificação, rastreamento e processo de inclusão adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) - extensão para revisões de escopo (PRISMA ScR) (PAGE et al., 2021).

4.2.6 Extração e análise dos dados

Os DPC selecionados para leitura na íntegra tiveram os dados extraídos por meio de um formulário eletrônico desenvolvido na plataforma *Microsoft Forms*, composto por variáveis de caracterização da amostra. Essas variáveis estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Matriz de extração dos dados.

Variável	Pergunta-chave
Título	Qual o título do documento?
Autoria	Qual a autoria do documento?
Ano de publicação	Qual o ano da publicação do documento?
País de origem	Qual o país de origem do documento?
Documento	
Tipo de DPC	Qual tipo de DPC? (Guia, Protocolo, Diretriz, Linha de cuidado, Manual, POP)
Abrangência	Qual abrangência do DPC? (internacional, nacional, regional, local)
Alvo	Para quais profissionais o DPC está voltado? (enfermeiro, médico, farmacêutico, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS, outro)
Foco	Qual o foco do DPC? (prevenção, diagnóstico, tratamento, outro)
Abordagem específica relacionada ao ACS (ou termo relacionado, no caso de DPC não brasileiros)	Há abordagem relacionada ao ACS? Qual abordagem relacionada ao ACS?

ACS: Agente Comunitário de Saúde; DPC: Documento de Prática Clínica.

O foco dos DPC em relação à TB também foi analisado, sendo caracterizado em cinco grupos gerais de ações: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle. Foram extraídas e analisadas também informações sobre abordagem relacionada ao ACS (ou termo relacionado), as quais também foram categorizadas nos cinco grupos acima relacionados.

Os serviços/ atividades foram caracterizados e a abordagem foi ainda classificada como direta, indireta ou inferencial, tendo como base as atividades do ACS previstas na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006). A abordagem direta foi aquela com referência clara ao ACS ou termo relacionado no caso de DPC não brasileiros; a indireta foi definida como aquela sem menção clara do ACS (ou termo relacionado), mas, com abordagem de apoio comunitário; e a inferencial se referiu à abordagem sem menção ao ACS e/ou ao apoio comunitário,

mas, que envolvia aspectos relacionados ao escopo de atividades do ACS (ou termo relacionado).

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DPC (ETAPA II)

Após finalização da busca na base de dados e definida a amostra final da pesquisa, foi realizada a avaliação da qualidade metodológica e transparência no desenvolvimento das DPC. Para tal, foi aplicado o instrumento AGREE II que envolve seis domínios (escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial) subdivididos em 23 itens (Quadro 4), os quais são avaliados em uma escala de sete pontos, desde discordo totalmente (nota 1) a concordo totalmente (nota 7) (AGREE, 2009; HOFFMANN-EßER et al., 2017).

Quadro 4. Domínios e itens do AGREE II.

Domínio	Itens
(1) Escopo e Finalidade	1. O(s) objetivo(s) geral(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s)
	2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s)
	3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita
(2) Envolvimento das partes interessadas	4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
	5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)
	6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos
(3) Rigor do desenvolvimento	7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências
	8. Os critérios de seleção de evidência estão claramente descritos.
	9. Os pontos fortes e limitações do conjunto de evidências estão claramente descritos
	10. Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos
	11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações
	12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte
	13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação
(4) Clareza da apresentação	14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível
	15. As recomendações são específicas e sem ambiguidade
	16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas
(5) Aplicabilidade	17. As recomendações -chave são facilmente identificadas
	18. A diretriz descreve as facilidades e barreiras para sua aplicação

(6) Independência editorial	19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática
	20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da utilização das recomendações
	21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria
	22. O parecer do órgão financiador não exerce influência sobre o conteúdo da diretriz
	23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz

Fonte: AGREE, 2009.

Os aspectos abordados pelo instrumento AGREE II foram avaliados por quatro pessoas previamente treinadas e familiarizadas a esse método de avaliação de forma independente e cega. Os resultados foram calculados em formato de porcentagem de acordo com as orientações encontradas e com objetivo de avaliar a recomendação da diretriz em seus aspectos mais relevantes (AGREE, 2009). Devido à grande possibilidade de variação média pelo AGREE II, além de possíveis fatores humanos inerentes à avaliação, foi realizado o cálculo da estatística *Kappa* de Fleiss no programa IBM *SPSS Statistics* versão 27, a fim de mensurar o grau de concordância entre os avaliadores e aumentar a confiabilidade do processo (SANTANA et al., 2018; VAZ et al., 2021; ALNAMANKANY; 2020).

Para melhor organização e análise dos dados, os escores 1 e 2 foram considerados "baixos", os escores entre 3 e 5 "intermediários" e os escores 6 e 7 "altos" (SANTANA et al., 2018). Além disto, foram considerados os seguintes parâmetros de comparação entre os avaliadores: uma concordância pobre (<0,00); leve (0,00-0,20); razoável (0,21-0,40); moderada (0,41-0,60); substancial (0,61-0,80); quase perfeita (0,81-1).

A presente pesquisa seguiu a metodologia realizada por outros autores para recomendação de DPC, com foco no domínio "rigor do desenvolvimento", visto que o instrumento AGREE II não possui um padrão para esta análise. Assim, o DPC foi considerado "recomendado" caso tivesse uma pontuação maior que 50% no domínio rigor do desenvolvimento e em outros dois domínios; com 30% a 50% em rigor do desenvolvimento e mais que 50% em outros dois domínios, o DPC foi considerado "recomendado com modificações"; e, com menos de 30%, o DPC foi classificado como "não recomendado".

4.4 INTEGRAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS E ATUALIZAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO (ETAPA III)

Após seguimento das etapas anteriores, foi proposta atualização do documento “Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose” (BRASIL, 2017). As atualizações foram feitas com base na abordagem dos DPC relacionada ao ACS (direta, indireta ou inferencial) e identificadas de forma diferencial com base no documento disponível. Todos os pontos estão dentro do limite da atuação profissional do ACS, reguladas pelos órgãos sanitários e de fiscalização da categoria, com foco na educação em saúde. Ressalta-se que o produto será apresentado ao Grupo-Técnico da Tuberculose do Ministério da Saúde do Brasil.

4.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados e discussão foram apresentados por meio de quadros e/ou tabela e/ou figura e síntese narrativa em dois produtos: um artigo intitulado **“Documentos de Prática Clínica relacionados à tuberculose: avaliação da qualidade e da abordagem do Agente Comunitário de Saúde”** e um produto técnico referente à atualização de cartilha referida na seção anterior.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO

Documentos de Prática Clínica relacionados à tuberculose: avaliação da qualidade e da abordagem sobre o Agente Comunitário de Saúde

Resumo

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença ainda com taxas relevantes de incidência e prevalência, persistindo como preocupação sanitária mundial. Como qualquer outra condição de saúde, todas as ações relacionadas a seu contexto devem ser guiadas por Documentos de Prática Clínica (DPC). Esses DPC devem ser desenvolvidos adequadamente, cabendo ressaltar sua importância na abordagem ao paciente com TB por qualquer profissional da equipe de saúde, incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS). **Objetivo:** Caracterizar e avaliar a qualidade de DPC relacionados à TB e a abordagem relacionada ao papel do ACS no manejo do paciente com TB. **Método:** O estudo foi realizado seguindo as etapas de (I) busca de DPC relacionados à TB; (II) caracterização geral e avaliação da qualidade dos DPC; e (III) caracterização dos DPC quanto à abordagem sobre o papel do ACS no manejo do paciente com TB. Na etapa (I) foram utilizadas estratégias de busca com os descritores “tuberculosis”, “guideline”, “clinical protocols” e “consensus”. A etapa (II) foi realizada através do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) e a (III) foi realizada de acordo com os achados das etapas anteriores sendo a abordagem classificada como direta (referência clara ao ACS), indireta (sem referência ao ACS, mas, com referência ao apoio comunitário) ou inferencial (sem menção a ACS e a apoio comunitário, mas, com abordagem relacionada ao escopo de atividades do ACS). **Resultados:** Foram analisados 949 documentos inicialmente, dos quais 29 permaneceram na amostra final. Do total de 29 DPC, a maioria era de caráter nacional (n=22; 75,9%) e publicada em países dos continentes Americano (n=9; 31,0%). Quanto à qualidade, as menores médias percentuais foram referentes aos domínios de independência editorial e rigor no desenvolvimento (32% e 38%, respectivamente) e as maiores foram referentes ao escopo e finalidade e clareza na apresentação (80% e 75%, respectivamente); somente sete (24,1%) foram consideradas recomendadas. O foco mais frequente dos DPC foi relacionado a ações de controle da TB (n=23; 79,3%) e o menos frequente foi o referente a ações de promoção da saúde (n=13; 44,8%). No que se refere ao ACS, a sua abordagem esteve mais relacionada a ações de controle (n=20 dos 23 DPC que tiveram essa abordagem). **Conclusão:** A qualidade dos DPC avaliados foi abaixo do esperado, mesmo sendo a maioria delas produzida em países com alta taxa de incidência e prevalência de TB. Há necessidade de maior abordagem sobre a Prática Baseada em Evidência em termos de qualificação de elaboração desses DPC visando qualidade e segurança assistencial quanto à TB, especialmente no que se refere ao papel do ACS nesse contexto.

Palavras-chave: Tuberculose, Diretrizes de Prática Clínica, Protocolos Clínicos, AGREE II, Agentes Comunitários de Saúde.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença milenarmente conhecida com diagnóstico e tratamento disponíveis. Apresenta taxas relevantes de incidência e, mesmo assim, persiste como preocupação sanitária internacional. Está intimamente ligada a condições demográficas e a aspectos socioeconômicos, tais como: renda familiar baixa, nível educacional precário, adensamentos comunitários, locais de habitação fechados sem arejamento do ar e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que a torna prevalente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (RÊGO et al., 2015).

Com a crise sanitária e social agravada pela pandemia de covid-19 aconteceu um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença ocasionando um retrocesso nas ações até o momento (OMS, 2022). No ano de 2021, um total de 10,6 milhões de pessoas adoeceram por TB, das quais 6,4 milhões (60,4%) foram notificadas, ocasionando uma recuperação parcial na subdetecção de pessoas com TB no mundo (OMS, 2021; OMS, 2020a).

A diminuição do número de notificações de pessoas diagnosticadas com TB em 2020 e 2021 por conta da pandemia de covid-19 fez com que o número de pessoas com TB não diagnosticadas e não tratadas aumentasse. Isso irá impactar na ocorrência da transmissão comunitária da infecção, ocasionando um aumento no número de pessoas com TB nos próximos anos, impactando diretamente no aumento de óbitos pela doença (OMS, 2022; OMS, 2020b).

Diante do impacto da pandemia de covid-19, tanto o Brasil como outros países tiveram os serviços de saúde afetados, comprometendo o seguimento dos tratamentos, a continuidade das ações de busca ativa de casos no território e o rastreamento dos contatos. Logo, no primeiro ano da pandemia, houve uma redução de 12,1% no coeficiente de incidência da doença, que passou de 37,9 casos a cada 100 mil hab., em 2019, para 33,3 casos a cada 100 mil hab., em 2020. No ano de 2021, foram registrados 34,9 casos a cada 100 mil hab. e, em 2022, 36,3 casos. Em relação ao sóbitos por TB, ocorreu um aumento de 0,8% entre 2019 e 2020. Já no ano de 2021, após a reorganização da rede de atenção à saúde, tivemos um registrado 5.074 óbitos por TB, equivalendo um aumento de 12,0% em relação a 2019. Esse

número foi semelhante ao observado há 20 anos, quando, em 2002, registraram-se 5.162 óbitos por TB no país (BRASIL, 2023).

Tanto o diagnóstico como o tratamento dessa doença são realizados, de forma universal e gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados prioritários pelo governo desde 2003 (BRASIL, 2017). Diante disso, a melhoria da qualidade do atendimento, o fortalecimento da vigilância e da atenção às pessoas com TB são estratégias importantes para reduzir a incidência da doença nessa população. Uma estratégia que merece destaque é o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) que é importante para prevenção do adoecimento especialmente em pessoas com maior risco (contatos de TB bacilífera, pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIVAIDS), pessoas em situação de rua e crianças) (BRASIL, 2019a; OMS, 2022).

Nesse contexto, destaca-se o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que preconiza a horizontalização das medidas de controle, vigilância, prevenção e tratamento da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2019a). Ele visa, principalmente, aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, a descoberta das fontes de infecção (pacientes pulmonares bacilíferos) e a cura, para reduzir o risco de transmissão da doença na comunidade.

Essa estratégia de organização ampliou o acesso das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a doença, pois lida diretamente com o usuário e seu contexto de vida. O PNCT busca aprimorar o planejamento e a avaliação das ações de controle da TB e, para isso, estruturou sua organização com os seguintes componentes e subcomponentes: atenção à saúde (prevenção, diagnóstico, assistência) e informação estratégica (vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação, pesquisa, desenvolvimento humano e institucional, comunicação e mobilização social, planejamento e orçamento) (BRASIL, 2011; HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013).

O Brasil adotou o PNCT como estratégia de controle desta endemia. Como metas, buscam-se reduzir o abandono do tratamento a menos que 5%, detectar 70% dos casos pulmonares bacilíferos e curar 85% dos casos notificados. O alcance dessas metas (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; BRASIL 2010) depende da incorporação do PNCT na rede de atenção básica à saúde, razão pela qual a avaliação do processo de implantação e operacionalização do programa pode contribuir para aprimorar o controle da endemia tuberculosa.

No Brasil, a Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM) visando padronizar as recomendações voltadas a ações de controle da tuberculose no país utiliza como documento norteador o Manual de Recomendações para controle da Tuberculose no Brasil (2019). Através desse documento encontra-se na sua 2ª edição atualizada e tem como principal objetivo trazer recomendações atualizadas acerca das ações e controle da doença.

Conforme Hijjar, Oliveira & Teixeira (2001), diante da complexidade apresentada por essa doença e pelo potencial de mortalidade, é necessário que os profissionais que atuam na assistência a esse agravo estejam qualificados e alinhados no que diz respeito a Documentos de Prática Clínica (DPC), como protocolos e diretrizes, publicados sobre o agravo, para que possam aprimorar as suas práticas e propor intervenções para a melhoria das condições de saúde desses pacientes.

Para Qaseem et al. (2012), DPC são ferramentas fundamentais na padronização de ações e abordagens relacionadas a esses pacientes. Entretanto, é importante considerar que o crescimento da quantidade de DPC publicados por diferentes instituições ao longo dos anos gerou preocupação quanto à sua qualidade. Isso é algo preocupante, tendo em vista que é necessário a padronização das ações em saúde por todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente ao manejo e abordagem do paciente com TB para que as ações apresentem impacto.

Dentre esses profissionais o Agente Comunitário de Saúde (ACS) exerce importante papel na busca ativa ao paciente de TB, pois ele é o primeiro elo com o paciente e a Unidade Básica de Saúde (UBS), desenvolvendo um importante papel de integração entre as ações de atenção básica e vigilância em saúde. Diante disso, é fundamental que ele esteja capacitado para a abordagem que esse paciente necessite, bem como seu manejo, dentro do escopo das atividades previstas em suas atribuições (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o objetivo desse artigo foi caracterizar e avaliar a qualidade de DPC relacionados à TB e a abordagem relacionada ao papel do ACS no manejo do paciente com TB.

Métodos

O estudo foi realizado seguindo três etapas adaptadas a partir dos requisitos mínimos para SBE (BURNS; FOLEY, 2005; LARSEN et al., 2019) partindo da definição da pergunta de pesquisa: (I) busca e caracterização de DPC relacionados à TB; (II) avaliação qualidade dos DPC; (III) análise dos DPC sobre o papel do ACS no manejo de pacientes com TB.

Em termos estruturais a pergunta condutora foi elaborada de acordo com o acrônimo PICO *Population, phenomenon of Interest e Context* (STERN et al., 2014) (do inglês, população, fenômeno de interesse e contexto). A pergunta condutora da presente pesquisa foi: *Como se apresentam em termos de conteúdo e aplicabilidade DPC relacionados à TB no contexto da Atenção Primária à Saúde?*

Os DPC foram buscados em outubro de 2023 de maneira sistematizada e não sistematizada. Quanto à busca sistematizada, as estratégias de busca foram elaboradas a partir de palavras-chave indexadas previstas como Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da BVS e *Medical Subject Headings* (MeSH) do *National Center for Biotechnology Information*. A estratégia de busca utilizada foi ("Tuberculosis") AND ("Guideline" OR "Clinical Protocols" OR "Consensus") e as bases definidas para essa etapa metodológica foram: PubMed, *Science Direct*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Embase* e *Web of Science*.

De maneira complementar, uma busca foi realizada em *websites* nacionais e internacionais vinculados a órgãos de saúde dos países com alta carga de TB e da lista global de observação de TB definidos pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Sites de organizações internacionais, como OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também foram consultados. A ferramenta de pesquisa Google Acadêmico foi explorada nessa etapa de buscas livres designada pelos autores como busca não sistematizada.

A estratégia foi definida de modo a ampliar a busca de modo a não restringir a amostra, apesar do presente estudo ter como foco a APS e, em um último espectro, o papel do ACS no cuidado ao paciente com TB. Essa abordagem mais específica ficou a cargo da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos na amostra final DPC em português, inglês e espanhol publicados nos últimos cinco anos que continham abordagem de TB (avaliação, diagnóstico, prevenção e/ou tratamento) disponíveis na íntegra. Foram excluídos aqueles cuja abordagem estivesse associada a algum contexto, cenário ou nível de saúde específico não relacionado à atenção primária à saúde, bem como os que

estivessem especificamente associados à Infecção Latente da Tuberculose (ILTb), à TB multirresistente, à TB extrapulmonar (espinal ou ocular), a pessoas com TB mais alguma infecção, doença não infecciosa ou condição de saúde e a pessoas com TB de populações específicas (como crianças e adolescentes).

A seleção dos DPC foi desenvolvida em três etapas escalonadas que consistiram na exclusão de duplicidades, seguida da leitura e análise de títulos e resumos por meio do aplicativo web *Rayyan Intelligent Systematic Review*, e leitura completa e análise dos DPC selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão. A análise de títulos e resumos foi realizada de forma independente por dois avaliadores com as divergências discutidas em conjunto pelos dois revisores.

O processo de definição da amostra foi apresentado na forma de fluxograma de identificação, rastreamento e processo de inclusão adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA) - extensão para revisões de escopo (PRISMA ScR) (PAGE et al., 2021).

Os DPC selecionados para leitura na íntegra tiveram os dados extraídos por meio de um formulário eletrônico desenvolvido na plataforma *Microsoft Forms*, composto por variáveis de caracterização da amostra. Foram coletadas informações referentes ao título, autoria (órgão/ instituição), ano de publicação, país de origem, tipo, abrangência, profissionais-alvo, foco em relação à TB (prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento, controle ou outro).

Após finalização da busca na base de dados e definida a amostra final da pesquisa, foi realizada a avaliação da qualidade metodológica e transparência no desenvolvimento dos DPC. Para tal, foi aplicado o instrumento AGREE II que envolve seis domínios (escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial) subdivididos em 23 itens, os quais são avaliados em uma escala de sete pontos, desde discordo totalmente (nota 1) a concordo totalmente (nota 7) (AGREE, 2009; HOFFMANN-EßER et al., 2017).

Os aspectos abordados pelo instrumento AGREE II foram avaliados por quatro pessoas previamente treinadas e familiarizadas a esse método de avaliação de forma independente e cega. Os resultados foram calculados em formato de porcentagem de acordo com as orientações encontradas e com objetivo de avaliar a recomendação da diretriz em seus aspectos mais relevantes (AGREE, 2009). Devido à grande possibilidade de variação média pelo AGREE II, além de possíveis fatores humanos

inerentes à avaliação, foi realizado o cálculo da estatística *Kappa* de Fleiss no programa *IBM SPSS Statistics* versão 27, a fim de mensurar o grau de concordância entre os avaliadores e aumentar a confiabilidade do processo (SANTANA et al., 2018; VAZ et al., 2021; ALNAMANKANY; ASHLEY, 2020).

Para melhor organização e análise dos dados, os escores 1 e 2 foram considerados "baixos", os escores entre 3 e 5 "intermediários" e os escores 6 e 7 "altos" (SANTANA et al., 2018). Além disto, foram considerados os seguintes parâmetros de comparação entre os avaliadores: uma concordância pobre ($<0,00$); leve ($0,00-0,20$); razoável ($0,21-0,40$); moderada ($0,41-0,60$); substancial ($0,61-0,80$); quase perfeita ($0,81-1$).

Após avaliação da qualidade considerando os domínios, os DPC foram classificados em termos de recomendação de acordo com o domínio "rigor do desenvolvimento", visto que o instrumento AGREE II não possui um padrão para esta análise. Assim, o DPC foi considerado "recomendado" quando alcançou pontuação maior que 50% no domínio rigor do desenvolvimento e em outros dois domínios; com 30% a 50% em rigor do desenvolvimento e mais que 50% em outros dois domínios, foi considerado "recomendado com modificações"; e, com menos de 30%, o DPC foi classificado como "não recomendado".

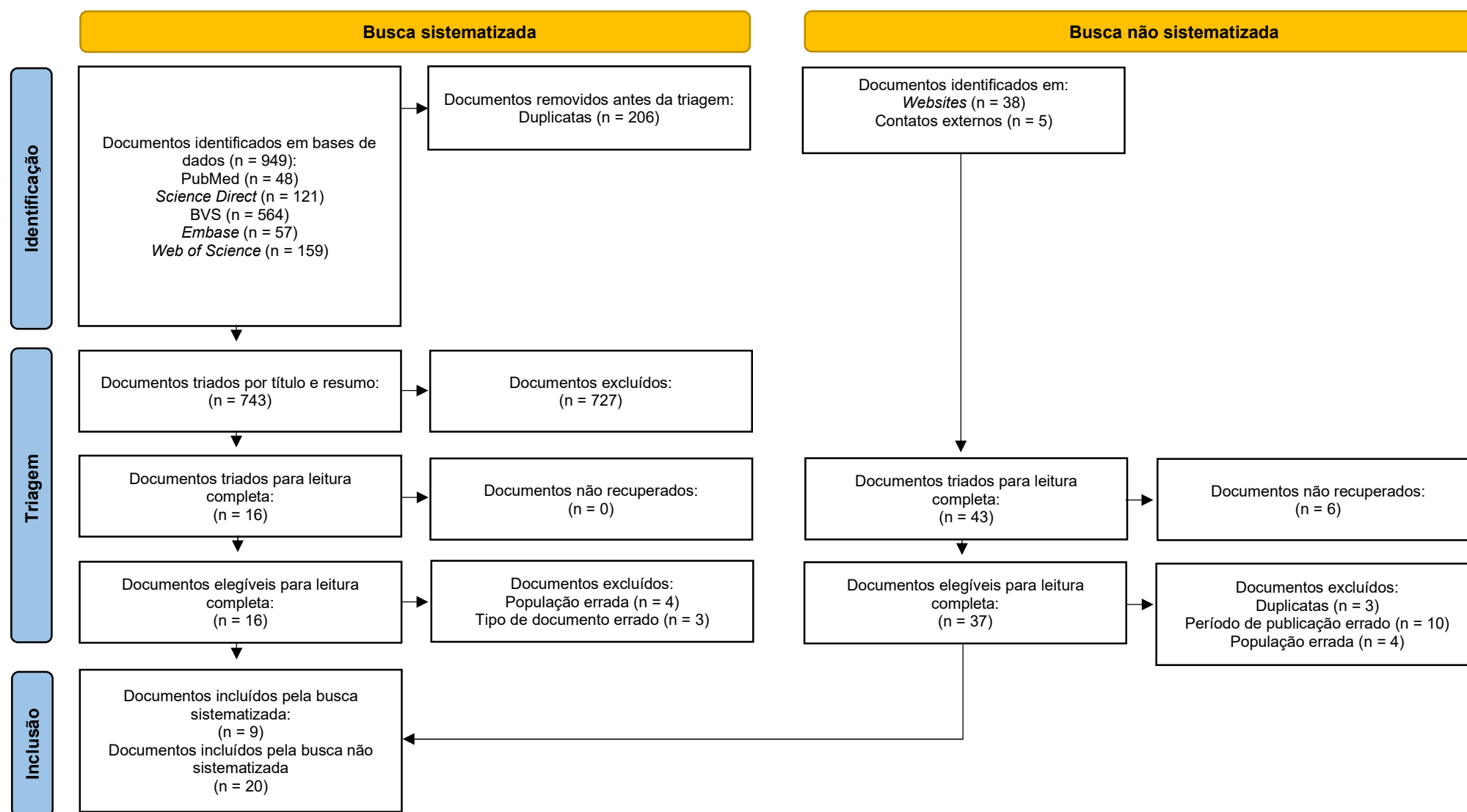
O foco dos DPC em relação à TB também foi analisado, sendo caracterizado em cinco grupos gerais de ações: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle. Foram extraídas e analisadas também informações sobre abordagem relacionada ao ACS (ou termo relacionado), as quais também foram categorizadas nos cinco grupos acima relacionados.

Os serviços/ atividades foram caracterizados e a abordagem foi ainda classificada como direta, indireta ou inferencial, tendo como base as atividades do ACS previstas na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006). A abordagem direta foi aquela com referência clara ao ACS ou termo relacionado no caso de DPC não brasileiros; a indireta foi definida como aquela sem menção clara do ACS (ou termo relacionado), mas, com abordagem de apoio comunitário; e a inferencial se referiu à abordagem sem menção ao ACS e/ou ao apoio comunitário, mas, que envolvia aspectos relacionados ao escopo de atividades do ACS (ou termo relacionado).

Resultados

Inicialmente, foram incluídos 949 documentos a partir das bases de dados. Desses, 743 foram triados para leitura do título e resumo, dos quais 16 permaneceram para leitura de texto completo. Dos 16, sete foram excluídos por estarem fora do escopo da busca ou serem de abordagem específica, permanecendo nove DPC para continuidade do estudo. Quanto à busca não sistematizada, dos 43 DPC iniciais, 20 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. O fluxograma de definição da amostra final (total de 29) está apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de definição da amostra.



BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

As características gerais dos DPC estão apresentadas no Quadro 1. Dos DPC, a maioria era diretriz (n=15; 51,7%), de caráter nacional (n=22; 75,9%) e publicada em países dos continentes Americano (n=9; 31,0%), com destaque à América do Sul (n= 6; 20,7%) e Africano (n=8; 27,6%); do continente Europeu, praticamente todas tinham caráter internacional (n=7; 24,1%) (Quadro 1). Somente três apresentavam especificidades quanto à população-alvo: DPC5, DPC8 e DPC23, sendo a primeira voltada a profissionais que atuam nas políticas de saúde e de assistência social e as duas últimas a enfermeiros; todas as demais eram para profissionais e trabalhadores de saúde.

Quadro 1 – Caracterização geral da amostra.

DPC	Título	Ano	Local de publicação		Autoria	Tipo	Abrangência
			País	Continente			
1	Avaliação e manejo de pacientes com tuberculose, protocolos nacionais, 2019 - Moçambique	2019	Moçambique	África	Ministério da Saúde	Protocolo	Nacional
2	<i>Consolidated Tuberculosis Guidelines 2022 – Zâmbia</i>	2022	Zâmbia	África	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
3	Guia de orientações para prevenção e diagnóstico da tuberculose em profissionais de saúde	2021	Brasil	América do Sul	Ministério da Saúde	Guia	Nacional
4	<i>Guia Nacional para el manejo de la tuberculosis</i>	2018	Paraguai	América do Sul	Ministério da Saúde	Guia	Nacional
5	Guia orientador: promoção da proteção social para pessoas acometidas pela tuberculose	2022	Brasil	América do Sul	Ministério da Saúde	Guia	Nacional
6	<i>Management of Tuberculosis: a Guide to Essential Practice</i>	2019	França	Europa	<i>La Unión*</i>	Guia	Internacional
7	Manual de Apoio Psicossocial para o Manejo de Pacientes com Tuberculose - Moçambique	2020	Moçambique	África	Ministério da Saúde	Manual	Nacional
8	<i>Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería</i>	2018	México	América do Norte	Secretaria de Saúde	Manual	Nacional
9	<i>Manual de Procedimientos para el Abordaje Programático de la Tuberculosis</i>	2018	República Dominicana	América Central	Ministério da Saúde	Manual	Nacional
10	Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil - 2ª edição atualizada	2019	Brasil	América do Sul	Ministério da Saúde	Manual	Nacional
11	Manual de Tuberculose e Micobactérias Não Tuberculosas Recomendações - Portugal	2020	Portugal	Europa	Ministério da Saúde	Manual	Nacional
12	<i>Manual para la Prevención y Control de la Transmisión de la Tuberculosis</i>	2020	México	América do Norte	Secretaria de Saúde	Manual	Nacional
13	<i>National Guideline and Operational Manual for Tuberculosis</i>	2021	Bangladesh	Ásia	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
14	<i>National Guidelines for Drug Susceptible Tuberculosis - Lesotho</i>	2019	Lesoto	África	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
15	<i>National Guidelines for the Control of Tuberculosis in Pakistan</i>	2019	Paquistão	Ásia	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
16	<i>National Guidelines on the Treatment of Tuberculosis - África do Sul</i>	2023	África do Sul	África	Departamento de Saúde	Diretrizes	Nacional
17	<i>National Operation Guideline for Community - Based TB and Leprosy Interventions - Tanzânia</i>	2022	Tanzânia	África	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
18	<i>National Policy Guidelines for TB care and prevention at Workplace - Tanzânia</i>	2018	Tanzânia	África	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional

19	<i>National Tuberculosis Control Program Manual of Procedures</i>	2020	Filipinas	Ásia	Departamento de Saúde	Manual	Nacional
20	<i>National Tuberculosis Management Guidelines – Nepal</i>	2019	Nepal	Ásia	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
21	<i>Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica</i>	2018	Equador	América do Sul	Ministério da Saúde	Guia	Nacional
22	<i>Tuberculosis - NICE guideline</i>	2020	Inglaterra	Europa	<i>NICE</i>	Diretrizes	Internacional
23	Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem	2022	Brasil	América do Sul	Ministério da Saúde	Protocolo	Nacional
24	<i>Uganda National Guidelines for Tuberculosis Infection Control in Health Care Facilities, Congregate Settings and Households</i>	2022	Uganda	África	Ministério da Saúde	Diretrizes	Nacional
25	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment</i>	2020	Suíça	Europa	OMS	Diretrizes	Internacional
26	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1: Prevention - infection prevention and control</i>	2022	Suíça	Europa	OMS	Diretrizes	Internacional
27	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease</i>	2021	Suíça	Europa	OMS	Diretrizes	Internacional
28	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: diagnosis – rapid diagnostics for tuberculosis detection</i>	2020	Suíça	Europa	OMS	Diretrizes	Internacional
29	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment. Tuberculosis care and support</i>	2022	Suíça	Europa	OMS	Diretrizes	Internacional

*Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.

DPC: Documento de Prática Clínica; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; OMS: Organização Mundial da Saúde.

Os resultados referentes à avaliação da qualidade estão apresentados na Tabela 1. As menores médias percentuais foram referentes aos domínios de independência editorial e rigor no desenvolvimento (32% e 38%, respectivamente) e as maiores foram referentes ao escopo e finalidade e clareza na apresentação (80% e 75%, respectivamente). Dos 29 DPC, sete (24,1%) foram considerados recomendados.

Tabela 1 – Resultado da avaliação global dos domínios AGREE II.

DPC	Percentual de adequação aos domínios (%)							kappa	Nível de concordância	Avaliação global
	Escopo e Finalidade	Envolvimento das partes interessadas	Rigor do desenvolvimento	Clareza da apresentação	Aplicabilidade	Independência editorial	Média			
1	64%	25%	18%	71%	41%	40%	43%	0,378	Razoável	Não recomendado
2	85%	85%	40%	90%	64%	15%	63%	0,453	Moderada	Recomendado com modificações
3	75%	39%	27%	76%	33%	21%	45%	0,171	Leve	Não recomendado
4	76%	54%	22%	65%	29%	10%	43%	0,247	Razoável	Não recomendado
5	99%	74%	24%	74%	45%	10%	54%	0,402	Moderada	Não recomendado
6	53%	47%	17%	53%	34%	42%	41%	0,330	Razoável	Não recomendado
7	96%	60%	23%	85%	65%	10%	56%	0,359	Razoável	Não recomendado
8	69%	63%	21%	68%	36%	10%	45%	0,320	Razoável	Não recomendado
9	72%	53%	23%	64%	42%	10%	44%	0,280	Razoável	Não recomendado
10	100%	97%	57%	94%	72%	60%	80%	0,366	Razoável	Recomendado
11	50%	40%	21%	61%	33%	13%	36%	0,299	Razoável	Não recomendado
12	71%	35%	20%	57%	23%	8%	36%	0,304	Razoável	Não recomendado
13	63%	68%	26%	79%	56%	10%	50%	0,307	Razoável	Não recomendado
14	65%	76%	31%	65%	48%	25%	52%	0,391	Razoável	Recomendado com modificações
15	65%	51%	28%	53%	53%	10%	44%	0,367	Razoável	Não recomendado
16	79%	61%	28%	82%	52%	10%	52%	0,258	Razoável	Não recomendado
17	83%	65%	14%	49%	40%	25%	46%	0,422	Moderada	Não recomendado
18	79%	63%	18%	54%	39%	25%	46%	0,324	Razoável	Não recomendado
19	68%	61%	16%	56%	42%	10%	42%	0,233	Razoável	Não recomendado
20	75%	67%	27%	74%	51%	10%	51%	0,258	Razoável	Não recomendado
21	90%	79%	84%	94%	71%	81%	83%	0,210	Razoável	Recomendado
22	86%	60%	48%	67%	48%	15%	51%	0,211	Razoável	Recomendado com modificações
23	100%	97%	37%	90%	69%	27%	70%	0,381	Razoável	Recomendado com modificações
24	53%	50%	18%	61%	28%	10%	37%	0,436	Moderada	Não recomendado
25	99%	94%	90%	96%	93%	81%	92%	0,366	Razoável	Recomendado
26	99%	94%	90%	99%	89%	81%	92%	0,655	Substancial	Recomendado
27	99%	94%	86%	99%	96%	81%	93%	0,536	Moderada	Recomendado

28	99%	94%	88%	99%	96%	81%	93%	0,477	Moderada	Recomendado
29	99%	93%	90%	99%	93%	81%	92%	0,477	Moderada	Recomendado
X̄	80%	67%	38%	75%	54%	32%	58%	0,352	Razoável	-

X̄: média; DPC: Documento de Prática Clínica.

A caracterização da amostra quanto ao foco e à abordagem relacionada ao ACS está apresentada no Quadro 2. A maioria dos DPC tinham abordagem clara relacionada ao ACS ou termo relacionado (n=13; 44,8%) e, dos demais, metade (n=8; 25,6%) tinha abordagem indireta com abordagem de apoio comunitário e metade (n=8; 25,6%) tinha abordagem sem menção ao ACS e/ou ao apoio comunitário, mas, que envolvia aspectos relacionados ao escopo de atividades do ACS (ou termo relacionado) (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização da amostra quanto ao foco e à abordagem relacionada ao ACS (**negrito e itálico**: foco da abordagem relacionada ao papel do ACS).

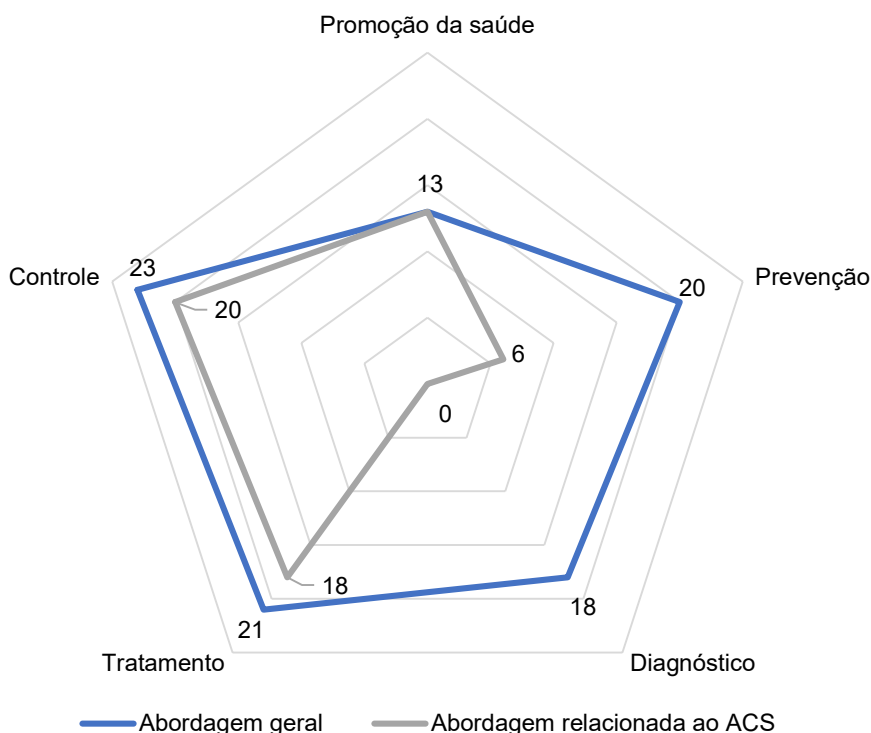
DPC	Foco em relação à TB	Abordagem relacionada ao papel do ACS			
		Serviço/ atividade	Tipo		
			Direta	Indireta	Inferencial
1	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Rastreamento, encaminhamento de TB na comunidade	X		
2	Promoção da saúde , prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Rastreamento, apoio à adesão às intervenções propostas, aconselhamento	X		
3	Prevenção e diagnóstico	Rastreamento, investigação de ILTB		X	
4	Promoção da saúde , prevenção , diagnóstico , tratamento e controle	Promoção da saúde, prevenção, apoio à adesão às intervenções propostas, apoio ao TDO, detecção de reações adversas a medicamentos, controle de contatos	X		
5	Promoção da saúde e controle	Ações de inclusão e proteção social, identificação de pessoas com suspeita da tuberculose e na orientação sobre questões relacionadas ao diagnóstico, ao tratamento e às atitudes discriminatórias envolvendo a doença	X		
6	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Rastreamento e encaminhamento de TB na comunidade, apoio ao TDO	X		
7	Promoção da saúde	Educação em saúde, suporte emocional, encaminhamento de pacientes com TB e/ou seus familiares para programas de fortalecimento de renda, identificação de serviços comunitários que possam beneficiar pacientes com TB		X	
8	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Apoio ao TDO		X	
9	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Apoio ao TDO		X	
10	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Busca ativa de casos, atividades de apoio ao controle da infecção no domicílio e em outros ambientes	X		
11	Diagnóstico, tratamento e controle	Rastreio de contatos, apoio ao TDO			X
12	Prevenção e controle	Apoio à implementação de medidas de controle			X
13	Promoção da saúde , diagnóstico, tratamento e controle	Busca ativa de casos, busca ativa de casos, defesa de políticas e programas relacionados à TB, aconselhamento	X		
14	Promoção da saúde , diagnóstico, tratamento e controle	Apoio ao TDO, apoio à adesão às intervenções propostas, aconselhamento, apoio a atividades de monitoramento de serviços	X		
15	Prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Busca ativa de casos, apoio ao TDO	X		
16	Tratamento	Apoio ao tratamento de forma individualizada	X		

17	Promoção da saúde, prevenção, tratamento e controle	Prevenção, rastreio de contatos, apoio à adesão às intervenções propostas (medicamentosas ou não), aconselhamento e atividades de educação em saúde, apoio ao TDO, apoio ao acesso a medicamentos		X	
18	Prevenção e controle	Orientar, conceber e implementar medidas de prevenção e controle para redução do risco de transmissão da TB			X
19	Prevenção , diagnóstico, tratamento e controle	Rastreio de contatos, apoio ao tratamento de forma individualizada respeitando a autonomia do paciente e apoiando a auto-gestão, apoio à adesão às intervenções propostas	X		
20	Diagnóstico, tratamento e controle	Apoio ao TDO, apoio ao tratamento de forma individualizada, rastreio de contatos		X	
21	Promoção da saúde , prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Busca ativa de casos, atividades de educação em saúde, apoio ao TDO	X		
22	Promoção da saúde , prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Atividades de educação em saúde, rastreio de contatos, apoio ao TDO, apoio a acesso rápido a serviços relacionados à TB		X	
23	Promoção da saúde , prevenção, diagnóstico, tratamento e controle	Busca ativa de casos, apoio ao TDO, promoção do autocuidado e apoio à adesão às intervenções propostas, rastreio de contatos		X	
24	Promoção da saúde , prevenção, tratamento e controle	Atividades de educação em saúde, apoio ao TDO			X
25	Prevenção e tratamento	Prevenção de infecção de contatos, detecção de reações adversas a medicamentos			X
26	Promoção da saúde , prevenção e controle	Busca ativa de casos, apoio a acesso rápido a serviços relacionados à TB	X		
27	Prevenção e controle	Rastreamento e busca ativa de casos			X
28	Promoção da saúde e diagnóstico	Aconselhamento, sensibilização da comunidade quanto à realização de testes			X
29	Tratamento e controle	Apoio ao tratamento de forma individualizada, rastreio de contatos, apoio ao TDO			X

ACS: Agente Comunitário de Saúde; DPC: Documento de Prática Clínica; ILTB: Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*; TB: Tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado.

O foco mais frequente dos DPC foi relacionado a ações de controle da TB (n=23; 79,3%) e o menos frequente foi o referente a ações de promoção da saúde (n=13; 44,8%). No que se refere ao ACS, a sua abordagem esteve mais relacionada a ações de controle: 20 dos 23 DPC que tiveram essa abordagem, a fizeram com envolvimento direto, indireto ou inferencial do ACS. Maiores informações sobre as abordagens dos DPC estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2: Abordagem quantitativa do foco relacionado à TB nos DPC.



ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Discussão

Do total de DPC da amostra final, a maioria era de caráter nacional e publicada em países dos continentes Americano e Africano com baixa qualidade em termos de independência editorial e rigor no desenvolvimento, mas, com bons resultados em termos de escopo e finalidade e clareza na apresentação. O foco mais frequente dos DPC foi relacionado a ações de controle da TB, abordagem essa muito frequente em relação ao ACS.

O processo do cuidado à pessoa com tuberculose (TB) é complexo e amplo, e requer da equipe multiprofissional um olhar atento e disciplinado. O ACS desempenha um papel importante nesse processo de cuidado, pois ele não será apenas o primeiro elo com a pessoa, como também o responsável direto por aquele paciente durante todo o seu tratamento, apoiando e motivando nos diversos momentos. Nesse sentido, o uso de orientações baseadas em evidências científicas para conduzir os profissionais de saúde e em especial o ACS é importante para qualificar e traduzir segurança quando há demanda de adaptação de forma a garantir um melhor cuidado para esse público.

Embora a incorporação de conhecimentos científicos em saúde com base em evidências para a tomada de decisão seja considerada um fator crítico para melhorar a qualidade do atendimento, a implementação da prática de Saúde Baseada em Evidências (SBE) continua sendo um grande desafio. O desenvolvimento de Documentos de Prática Clínica (DPC) de forma adequada e com base em evidência é importante para embasar ações em saúde, projetar intervenções necessárias para integrar esta abordagem em organizações de saúde e para viabilizar avaliações e monitoramento de resultados relacionados (HITCH D, NICOLA-RICHMOND K, 2017; RUANO, 2022).

Além disso, há várias questões relacionadas à quantidade de evidências produzidas e há importante variedade da qualidade apresentada nesses documentos (BARBA, 2015; ZENG et al., 2022), o que foi corroborado pelos resultados da presente pesquisa.

Os domínios dos DPC que apresentaram a maior média foram referentes ao escopo e finalidade e clareza na apresentação e as que apresentaram as menores médias percentuais foram referentes aos domínios de independência editorial e rigor no desenvolvimento. Quanto ao primeiro, o resultado reflete que, de maneira geral, os DPC apresentaram linguagem, estrutura e o formato adequados quando da abordagem da temática (BROUWERS, 2019). Além disso, o objetivo geral dos DPC e questões específicas referentes à saúde e à população alvo também foram abordadas de uma maneira dita adequada (BROUWERS, 2019; AGREE, 2009).

O desenvolvimento de recomendações para a prática clínica demanda um processo claro e abrangente, que seja fundamentado em todas as evidências disponíveis (DE LEO A; BLOXSOME, D; BAYES, S., 2023). Assim, os resultados desses dois domínios são importantes do ponto de vista prático tendo em vista que

são domínios que mais influenciam a recomendação prática de uso de DPC (HOFFMANN-EßER et al., 2018). É importante referir nesse contexto que a principal vantagem de um DPC claro e bem delineado em termos de objetivos é que problemas no seu desenvolvimento são mais facilmente detectados, de modo que os vieses possam ser considerados de forma mais explícita e examinados pelos usuários ou leitores do DPC (HOFFMANN-EßER et al., 2018; FERVERS, 2005).

Os domínios rigor no desenvolvimento e independência editorial foram os que apresentaram menor média na avaliação. Quanto ao domínio de independência editorial, o fato de não ter registro ou abordagem dos conflitos de interesse dos membros da equipe desenvolvedora foi o que mais pesou. Esse domínio reflete uma fonte potencial de viés já que, para serem confiáveis, os DPC devem ser baseados em um processo explícito e transparente que minimize distorções, vieses e conflitos de interesse (HOFFMANN-EßER et al., 2018).

É importante referir o impacto desse domínio do ponto de vista prático, tendo em vista que os autores das DPC tendem a focar na abordagem que mais influenciam suas práticas, refletindo uma vertente do peso do conflito de interesses. Apesar da literatura apontar que esse domínio tende a influenciar bastante na avaliação de DPC, considerando o tema da presente pesquisa, a baixa média não influenciou na definição dos DPC em termos de recomendação do seu uso (HOFFMANN-EßER et al., 2018).

Já o domínio rigor do desenvolvimento apresentou resultados importantes do ponto de vista de elaboração e recomendação dos DPC, já que é relativo ao processo utilizado na coleta e síntese das evidências, métodos para formulação das recomendações e sua atualização (BROUWERS, 2019; SANTANA et al., 2018). Ressalta-se que este domínio é considerado o indicador mais forte de qualidade, refletindo que os DPC analisados apresentam viés importante e desenvolvimento pouco baseado (ou pelo menos não explicitado) em evidências (HOFFMANN-EßER et al., 2018; BROSSEAU et al., 2014).

Destaca-se que, para decisões clínicas, profissionais de saúde se preocupam em saber se a abordagem proposta é viável, apropriada, significativa e efetiva e isso pode ser facilitado em termos práticos quando da elaboração de DPC adequados do ponto de vista metodológico e elaborados em consonância ao contexto de prática (JORDAN et al., 2019; BARBA, 2015; ALNAMANKANY; ASHLEY, 2020). É importante ressaltar ainda nesse sentido que as evidências científicas devem passar por um

processo de identificação, avaliação e integração com experiências clínicas, adaptando-se às circunstâncias individuais de cada paciente (AL-QUTEIMAT; AMER, 2016).

Ainda nesse contexto, é importante referir que o cuidado em saúde deve ser de alta qualidade, seguro, efetivo e eficiente, sendo essencial que seja embasado em evidências. Essa abordagem deve ser incorporada na formação contínua dos profissionais de saúde, cujas práticas diárias pautadas em evidências têm o potencial de impactar positivamente a assistência ao paciente (AL-QUTEIMAT; AMER, 2016; SILVA, BRITO, GUARALDO, 2016).

Dentre os documentos avaliados, somente sete foram considerados “recomendados” e, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, quatro diretrizes demonstraram necessidade de melhorias imediatas para utilização e 18 diretrizes não foram recomendadas devido à escassez da utilização e descrição dos métodos, além limitações bem definidas das evidências o que possivelmente também acarretou um percentual de aplicabilidade médio realçando um rigor de desenvolvimento insuficiente.

Embora essa abordagem, princípios e processos-chave relacionados à SBE no que se refere à TB no contexto da Atenção Primária à Saúde sejam úteis para os prestadores de serviços e tomadores de decisão em saúde, ainda há uma persistente inconsistência na prática clínica e na qualidade do atendimento entre as organizações de saúde, o que pode ser influenciado, dentre vários fatores, pela limitação da qualidade de DPC, como evidenciado no presente estudo (DE LEO; BLOXSOME; BAYES, 2023). Isso pode impactar em maior risco assistencial e desperdício de recursos e esforços dos prestadores de cuidados que dependem de DPC para informar suas decisões e práticas clínicas.

Para resolver esse problema persistente, é necessário realizar mais pesquisas para estabelecer a viabilidade de padronizar a abordagem e as recomendações resultantes dos DPC. Isso ajudará na eficiência na utilização de recursos pelos prestadores de cuidados (DE LEO; BLOXSOME; BAYES, 2023).

Outro ponto importante nesse sentido seria o caráter multiprofissional do documento. Entendendo o cuidado ao paciente como integral e a complexidade associada ao uso de medicamentos via oral, é essencial o envolvimento de todos os profissionais minimamente envolvidos na prática. Nesse contexto, discute-se a importância do ACS.

Os dados epidemiológicos relacionados à TB corroboram a necessidade de qualificação assistencial no contexto da APS mediante diversas ações, como, prevenção e proteção à saúde por meio da triagem de sintomas respiratórios (SR) visando ao diagnóstico imediato e resolução de casos. Isso corresponde a ações esperadas pelo ACS em diversos contextos (BRAGA et al., 2021) e os achados sobre o papel do ACS nos DPC analisados corroboram essa abordagem.

A atuação do ACS envolve habilidades e conhecimentos para gerar uma boa capacidade de articulação com a comunidade proporcionando a disseminação dos saberes técnicos e populares. Com isso, o conhecimento a respeito da TB e das formas de atuação profissional para controle da doença proporcionam a efetividade e melhor qualidade no exercício das tarefas do ACS, conscientizando os pacientes sobre a doença e que se as ações necessárias forem realizadas é notório a melhoria nas taxas de detecção e abandono (BRAGA et al., 2021; GASPAR et al., 2019). Para tal, eles devem ter como base DPC baseados em evidência visando ações em saúde adequadas e seguras.

A realização do monitoramento da tomada do medicamento é uma importante iniciativa para garantir a adesão e sucesso do tratamento, sendo importante a atuação do ACS, que é o profissional que terá o primeiro vínculo com os pacientes, contribuindo de forma ativa na assistência à saúde no contexto da APS (BRAGA et al., 2021; GASPAR et al., 2019).

Ressalta-se que, para contribuir com o controle da TB, o ACS deve, além da supervisão do tratamento, realizar outras ações como: identificar pacientes sintomáticos respiratórios nos domicílios e comunidade; encaminhar casos suspeitos às UBS; confirmar se os contatos foram avaliados e examinados; encaminhar os contatos à UBS para consulta, diagnóstico e tratamento quando necessários; preencher a ficha de acompanhamento do TDO; verificar a situação vacinal de crianças contactantes de casos de TB; e realizar busca ativa de faltosos e daqueles que abandonarem o tratamento (BRAGA et al., 2021; BRASIL, 2008).

Todos esses aspectos foram identificados, embora em proporções diferentes, nos DPC analisados. Entretanto, apesar da necessidade de abordagem do papel do ACS para além de ações de controle, é importante que outras ações estejam previstas em DPC relacionados à TB, como ações de promoção da saúde e prevenção. Quanto à promoção da saúde, embora todos os DPC que a trouxeram tenham apresentado abordagem relacionada ao ACS, a proporção geral dessa abordagem foi pequena

dada sua importância em termos de ações relacionadas à TB. Já em relação à prevenção, embora tenha sido bem abordada nos DPC, houve pouca abordagem sobre o papel do ACS nesse contexto em termos proporcionais em comparação a ações de controle e associadas ao tratamento. Esses dados podem, inclusive, traduzir lacunas práticas importantes no contexto das Redes de Atenção à Saúde que podem dificultar a realização de ações visando ao controle da TB (PEREIRA et al., 2017; PEREIRA et al., 2018).

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas, como aquelas relacionadas à busca dos DPC e não consideração de outros tipos de evidência como estudos intervencionais e observacionais, os quais continuam a ganhar respeito crescente, particularmente entre os prestadores de cuidados diretos e que podem ser considerados para a proposição futura de um DPC amplo e que incorpore aspectos relacionados aos domínios do AGREE que apresentaram baixas pontuações (JORDAN et al., 2019). Ademais, aspectos relacionados aos juízes, apesar da experiência com a temática e com a metodologia utilizada, podem ter influenciado nas avaliações dos DPC.

A perspectiva é que, com dados obtidos no estudo, haja estímulo para desenvolvimento de DPC voltado ao ACS para apoiar esses profissionais de saúde na conduta e melhor abordagem ao paciente com TB, a fim de melhorar e qualificar a assistência à sua saúde.

Conclusão

O presente estudo identificou uma escassez de DPC bem desenvolvidos, especialmente em termos metodológicos, e os resultados obtidos remeteram à percepção de que muitos documentos padronizados para prática clínica relacionados ao tema requerem mais informações para o alcance de seus objetivos.

Embora a maioria dos DPC analisados tenham sido de países com alta taxa de incidência e prevalência de TB, a qualidade das diretrizes avaliadas foi abaixo do esperado. Assim, é necessária uma maior abordagem sobre a Prática Baseada em Evidência em termos de qualificação de elaboração desses DPC visando qualidade e segurança assistencial quanto ao paciente com TB.

Todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente devem ter como base a evidência científica, traduzida também como DPC, visando qualificar e

aprimorar as suas práticas de forma que eles possam proporcionar uma melhor assistência ao paciente com TB. Destaca-se, nesse sentido, a figura do ACS como um importante elo com a comunidade, sobretudo no que diz respeito à captação precoce desse tipo de paciente, bem como no seu acompanhamento. Para isso se faz necessário investir em iniciativas educacionais de forma que possa contribuir para uma melhor assistência, além do desenvolvimento de DPC embasados em evidência voltados para esse público.

Embora o ACS apresente esse papel importante no cuidado ao paciente com tuberculose, a equipe multiprofissional de saúde, como enfermeiro e médico, deve ser estimulada a discutir a melhor conduta em pacientes submetidos a criar estratégias para uma melhor adesão e seguimento ao tratamento. Para isso, ressalta-se a realização de capacitações aos profissionais de forma contínua e permanente.

Referências

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas [Internet]. Ontário; 2009.

ALNAMANKANY, A, ASHLEY, P. Assessment of the quality of reporting of randomized clinical trials in pediatric dentistry: A comparative systematic review. J Taibah Univ Med Sci. 2020. Feb 7;15(1):1-7.

AL-QUTEIMAT O.M, AMER A. M. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. Saudi Pharmaceutical Journal, v. 24, n. 4, p. 447–451. 2016.

BRAGA, R. S. et al. Family focus about tuberculosis from the viewpoint of community health workers. Physis, v. 31, n. 1, 2021.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Editora MS; 2008. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2023 nov. 23. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em: 17 dezembro 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: fev 2023.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BROSSEAU, L; RAHMAN, P; POITRAS, S; TOUPIN-APRIL, K; PATERSON, G; SMITH, C. et al. A systematic critical appraisal of non-pharmacological management of rheumatoid arthritis with appraisal of guidelines for research and evaluation II. PLoS One. 2014;9(5).

BROUWERS, M.C; KHO, M.E; BROWMAN, G.P; BURGERS, J.S; CLUZEAU, F; FEDER, G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ Canadian Medical Association Journal. 2010, 14;182(18).

BURNS, H.K, FOLEY, S.M. Building a foundation for an evidence-based approach to practice: teaching basic concepts to undergraduate freshman students.. J Prof Nurse. 2005 novembro-dezembro;21(6):351-7.

DE LEO A; BLOXSOME, D; BAYES, S. Approaches to clinical guideline development in healthcare: a scoping review and document analysis. BMC Health Services Research, v. 23, n. 1, 2023.

FERVERS, B; BURGERS, J.S; HAUGH, M.C; BROUWERS, M; BROWMAN, G; CLUZEAU, F, et al. Predictors of high quality clinical practice guidelines: Examples in oncology. *Int J Qual Heal Care*. 2005;17(2):123–32.

GASPAR, L. M. S. et al. Knowledge, attitudes and practices of community health agents regarding pulmonary tuberculosis in a capital city in northeastern Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 10, p. 3815–3824, 1 out. 2019.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. *Acta Amaz.*, Petrópolis, MA, v. 43, n. 1, p. 33-42, 2013.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 9-16, 2001.

HITCH D, NICOLA-RICHMOND K. Instructional practices for evidence-based practice with pre-registration allied health students: a review of recent research and developments. *Advances Health Sciences Education*. 2017;22(4):1031–45.

HOFFMANN-EßER W, et al. Guideline appraisal with AGREE II: online survey of the potential influence of AGREE II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):143.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 104–110, set. 2007.

JORDAN Z, LOCKWOOD C, MUNN Z, AROMATARIS E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019;17(1):58–71. LARSEN, C. M.; TERKELSEN, A. S.; CARLSEN, A. F.; KRISTENSEN, H. K. Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2019 Jul 11;19(1):259.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global tuberculosis report 2021. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>. Acesso em: 10 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Tuberculosis Report 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>. Acessado em: 12 de dezembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva: WHO; 2022 Disponível em: [file:///C:/Users/d793376/Downloads/9789240061729-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/d793376/Downloads/9789240061729-eng%20(1).pdf)

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372.

PEREIRA, C. E. A. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa do sintomático respiratório: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI*, v. 6, n. 1, p. 71–75, 2017.

PEREIRA, C. E. A. et al. O reflexo da visita domiciliar do ACS na busca ativa do sr de um município da Amazônia. *Rev. APS*, 21(1), 77–85. 2018.

QASEEM, A.; FORLAND, F.; MACBETH, F.; OLLENSCHLÄGER, G.; PHILLIPS, S.; VAN DER WEES, P. Guidelines international network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012.

RÊGO, L. P. et al. Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002 – 2012. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 738–759, 26 fev. 2015.

RUANO, A.S.M. et al. Design and validity of an instrument to assess healthcare professionals' perceptions, behaviour, self-efficacy and attitudes towards evidence-based health practice: I-SABE. *BMJ Open*. 2022;12(4):1–10.

SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. D. O.; ZANGHELINI, F.; RONSONI, R. D. M.; RECH, N.; LEITE, S. N. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases. *PLoS One*. 2018 Oct 1;13(10).

SILVA, M. F. B.; BRITO, P. D.; GUARALDO, L. Medicamentos orais de uma unidade hospitalar: adequação ao uso por cateteres enterais. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 Sep;69(5):847–54.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria. *Am J Nurs*. 2014 Apr;114(4):53-6.

ZENG, X. ; ZHANG, Y.; KWONG, J. S. W.; ZHANG, C. ; LI, S.; SUN, F. et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review. *J Evid Based Med*. 2015;8 (1):2–10.

5.2 PRODUTO TÉCNICO

5.2.1 Abordagem comparativa

Cartilhas são materiais informativos e educativos que devem expor de forma leve e dinâmica o conteúdo tornando a leitura do seu público-alvo algo agradável e atrativo. Para sua elaboração ela deve conter um conteúdo atual, de forma que proporcione conhecimento atualizado para as pessoas que terão acesso àquele material.

Diante disso, levando em consideração que a última atualização da “Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose” (BRASIL, 2017), foi realizada em 2017 e que já houve atualizações importantes no contexto da tuberculose, buscou-se elaborar uma proposta de cartilha atualizada, a qual será apresentada no próximo item. Antes, uma abordagem comparativa será feita. Ressalta-se que a atualização foi feita com base nos aspectos principais evidenciados após qualificação dos DPC em relação às abordagens sobre o papel do ACS no manejo de pacientes com TB.

O sumário da cartilha de 2017 era dividido em tópicos, nos quais eram detalhados o passo a passo dos processos relacionados à doença, como, por exemplo: o que é tuberculose, transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico, dentre outros pontos. Devido o formato previamente elaborado apresentar clareza ao leitor no momento da leitura, o sumário foi mantido com a abordagem dos itens sendo atualizada.

A apresentação da cartilha de 2017 inicia falando do papel do ACS e sobre sua importância para a Saúde Pública do País, reforçando, através da fala do Ministério da Saúde, seu importante papel da qualificação assistencial em saúde. Em seguida, há abordagem sobre a tuberculose, afirmando que ela permanece como um importante problema de saúde pública. Na nova versão existe uma reestruturação e atualização do texto, em que primeiro se fala do enfrentamento à tuberculose, inserindo a importância do papel do ACS no processo de ações em prol da melhoria do cenário da doença.

No próximo tópico em que é abordado o panorama geral da doença, traz-se uma atualização em termos de dados e também sobre os impactos ocasionados pela pandemia de Covid-19 nas ações de controle da tuberculose. No tópico que fala sobre “O que é tuberculose”, as informações, corroboradas pela análise das evidências identificadas nesse trabalho, estão trazidas de forma mais dinâmica.

Novos conceitos e imagens atualizadas estão apresentados na parte em que se fala sobre “Como acontece a transmissão”. Os principais sintomas estão apresentados como ilustrações, detalhando o que corresponde a cada um deles. Em seguida, a abordagem do Sintomático Respiratório (SR) é feita através de um breve conceito com enfoque em populações especiais e com apresentação de instrumentos que são utilizados na busca ativa e acompanhamento de casos.

Quanto ao diagnóstico, há maior enfoque na importância da coleta da amostra, incluindo um passo a passo de como o SR deve coletar o material em casa. No tratamento, há manutenção das informações iniciais, mas, de forma mais dinâmica, dando mais ênfase ao apoio obtido pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no acompanhamento dos casos, através do suporte social.

No tópico da ILTB foi falado sobre a sua definição, objetivo e a nova ficha de notificação atualizada. Por fim, foi realizada atualização dos anexos.

5.2.2 Cartilha

A cartilha atualizada está apresentada no Apêndice A.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo identificou uma escassez de DPC bem desenvolvidos, especialmente em termos metodológicos, e os resultados obtidos remeteram à percepção de que muitos documentos padronizados para prática clínica relacionados ao tema requerem mais informações para o alcance de seus objetivos.

Embora a maioria dos DPC analisados tenham sido de países com alta taxa de incidência e prevalência de TB, a qualidade das diretrizes avaliadas foi abaixo do esperado. Assim, é necessária uma maior abordagem sobre a Prática Baseada em Evidência em termos de qualificação de elaboração desses DPC visando qualidade e segurança assistencial quanto ao paciente com TB.

Todos os profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente devem ter como base a evidência científica, traduzida também como DPC, visando qualificar e aprimorar as suas práticas de forma que eles possam proporcionar uma melhor assistência ao paciente com TB. Destaca-se, nesse sentido, a figura do ACS como um importante elo com a comunidade, sobretudo no que diz respeito à captação precoce desse tipo de paciente, bem como no seu acompanhamento. Para isso se faz necessário investir em iniciativas educacionais de forma que possa contribuir para uma melhor assistência, além do desenvolvimento de DPC embasados em evidência voltados para esse público.

Nesse sentido, destaca-se que a Cartilha atualizada dará subsídios para uma melhor intervenção a esse paciente, qualificando assim uma melhor abordagem. Embora o ACS apresente esse papel importante no cuidado ao paciente com tuberculose, a equipe multiprofissional de saúde, como enfermeiro e médico, deve ser estimulada a discutir a melhor conduta em pacientes submetidos a criar estratégias para uma melhor adesão e seguimento ao tratamento. Para isso, ressalta-se a realização de capacitações aos profissionais de forma contínua e permanente.

REFERÊNCIAS

ÁFRICA DO SUL. National Guidelines on the treatment of tuberculosis infection. 2023.

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas [Internet]. Ontário; 2009. Disponível em: http://www.agreetrust.org/wpcontent/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

ALNAMANKANY, A.; ASHLEY, P. Assessment of the quality of reporting of randomized clinical trials in pediatric dentistry: A comparative systematic review. J Taibah Univ Med Sci. 2020 Feb 7;15(1):1-7. doi: 10.1016/j.jtumed.2019.12.006.

BANGLADESH. National Guideline and Operational Manual for Tuberculosis. 2021.

BARSS, L; MOAYEDI-NIA, S; CAMPBELL, J. R; OXLADE, O; MENZIE, D. Interventions to reduce losses in the cascade of care for latent tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis., v. 24, n. 1, p. 100-10, 2020

BATISTA SANTANA, J. C. et al. Agente Comunitário de Saúde: Percepções Na Estratégia da Saúde da Família. Cogitare Enfermagem, v. 14, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16377/10858>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BLOOM, B. R. Back to a frightening future. Nature, v. 358, n. 6387, p. 538-539, 1992.

BRAGA, R. S. et al. Family focus about tuberculosis from the viewpoint of community health workers. Physis, v. 31, n. 1, 2021.

BRASIL. Guia de orientações para prevenção e diagnóstico da tuberculose em profissionais de saúde. 2021.

_____. Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose. 2022a.

_____. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica [Internet]. Diário Oficial da União. 2023 jan. 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm

_____. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2022. Número especial. Março 2022b.

_____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília: Editora MS; 2008. (Cadernos de Atenção Básica).

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2023 nov. 23. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/site/UploadArq/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: fev 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Boletim Informativo Decit, Brasília, DF, v. 3, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. v. 46, n. 9, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/publicacoes/besvs-pni-v46-n30.pdf>. Acesso em: 07 de mai. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico nº26. Panorama epidemiológico da coinfeção TB/HIV no Brasil 2019b. v.50, n. 26.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020. Número especial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-tuberculose-2020-marcas-1.pdf/view>. Acesso em: 25 de nov. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Panorama Epidemiológico da coinfeção TB/HIV no Brasil 2020. Edição especial, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/panorama-epidemiologico-da-coinfeccao-tb-hiv-no-brasil-2020>. Acesso em: 25 de nov. 2021.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 19 jan. 2023.

_____. Portaria nº. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de

Saúde da Família. Disponível em:
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181515>. Acesso em: 16 jan 2023.

_____. Tuberculose na atenção primária à saúde: protocolo de enfermagem. 2022b.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em: 17 dezembro 2023. BURNS, H.K, FOLEY, S.M. Building a foundation for an evidence-based approach to practice: teaching basic concepts to undergraduate freshman students.. J Prof Nurse. 2005 novembro-dezembro;21(6):351-7.

BURRIL, J. et al. Tuberculosis. A radiologic review. Radiographics, Easton, Pa., US, n. 27, p. 1255- 1273, 2007.

CAMBAU, E; DRANCOURT, M. Steps towards the discovery of Mycobacterium tuberculosis by Robert Koch, 1882. Clin Microbiol Infect, v. 20, n. 3, p. 196-201, 2014.

CAMPOS, R.; PIANTA, C. Tuberculose: Histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul -Brasil. Cadernos de Saúde Pública. v. 15. p. 61-71. 2001.

CDC, CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Tuberculosis morbidity–United States, 1992. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, v. 42, n. 36, p. 696- 697,703-704, 1993.

COMSTOCK, G.; EDWARDS, L.; LIVESAY, V. Tuberculosis morbidity in the US Navy: its distribution and decline. American Review of Respiratory Disease, v. 110, n. 5, p. 572-580, 1974.

CONDE, M.B.; MUZY DE SOUZA, G. R. Pneumologia e tisiologia: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2009.

COURA, J. R. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. In: Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. 2 ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DE BARROS, D. F. et al . O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78- 84, mar. 2010.

DJULBEGOVIC, B.; GUYATT, G. H. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. The lancet. [Internet] 2017.

DOUW, K. et al. Use of the Internet in scanning the horizon for new and emerging health technologies: a survey of agencies involved in horizon scanning. Journal of Medical Internet Research, Canada,v. 5, n. 1, p. 6, 2003.

EQUADOR. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica. 2018.

FARMER, A. P. et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Database Systematic Reviews, 2011.

FILIPINAS. National Tuberculosis Control Program Manual of Procedures. 2020.

FORSETLUND, L. et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Database Systematic Reviews, 2009.

GASPAR, L. M. S. et al. Knowledge, attitudes and practices of community health agents regarding pulmonary tuberculosis in a capital city in northeastern Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 24, n. 10, p. 3815–3824, 1 out. 2019.

GIGUÈRE, A. et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10).

GRAHAM, R.; MANCHER, M.; WOLMAN, D.M.; GREENFILED, S.; STEINBERG, E. Institute of Medicine: Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Natl Acad Press. 2011.

GRIMSHAW, J. M. et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, Philadelphia, v.39, II-2 - II-45, 2001.

GUAZZI, M. Tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro no ano de 2015. 2017. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. *Acta Amaz.*, Petrópolis, MA, v. 43, n. 1, p. 33-42, 2013.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J. Tuberculose: epidemiologia e controle no brasil. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Uerj, Rio de Janeiro, p. 15-23, jul. 2006.

HIJJAR, M. A.; OLIVEIRA, M. J. P. R.; TEIXEIRA, G. M. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 9-16, dez. 2001.

HOFFMANN-EßER, W; SIERING, U.; NEUGEBAUER, E. A. M.; BROCKHAUS, A. C.; MCGAURAN, N.; EIKERMANN, M. Guideline appraisal with AGREE II: Online survey of the potential influence of AGREE II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1–9.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. suppl 1, p. 104–110, set. 2007.

JORDAN, Z; LOCKWOOD, C.; MUNN, Z.; AROMATARIS, E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019 Mar;17(1):58-71.

KANTI, V; MESSENGER, A; DOBOS, G; REYGAGNE, P; FINNER, A; BLUMEYER, A, et al. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men – short version. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2018 Jan 1;32(1):11–22. KRITSKI, A.; MELO, F. A. F. Tuberculosis in adults. In: PALOMINO, J. C.; LEÃO, S. C.; RITACOO, V. (Ed.). *Tuberculosis 2007: from basic science to patient care*: BourcillierKamps, c2007. Cap. 15, p. 487-524.

LACERDA, R. A. et al. Práticas Baseadas em Evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Rev Esc Enferm, São Paulo*, v.45, p.777-86, 2011.

LARSEN, C. M.; TERKELSEN, A. S.; CARLSEN, A. F.; KRISTENSEN, H. K. Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2019 Jul 11;19(1):259.

LESOTO. National Guidelines for Drug Susceptible Tuberculosis. 2018.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho Atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. 2005.

LOURES, L. F.; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc.saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, jul. de 2010.

MACIEL, M. S. et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Bras Clin Med*. v.10, n.3, p.: 226-30, 2012.

MÉXICO. Manual de Procedimientos en Tuberculosis para Personal de Enfermería. 2018.

MÉXICO. Manual para la Prevención y Control de la Transmisión de la Tuberculosis. 2020.

MOÇAMBIQUE. Avaliação e manejo de pacientes com tb protocolos nacionais. 2019.

MOÇAMBIQUE. Manual de apoio psicossocial para o manejo de pacientes com tuberculose. 2020.

MUNAYCO, C. V. et al. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. v. 3, n. 38, p. 177-85, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Tuberculosis NICE guideline. 2019.

NEPAL. National Tuberculosis Management Guidelines. 2019.

NEUMANN, A. P. Experiência da psicologia na estratégia saúde da família. *Psicologia ciência e profissão*, p. 14–98, 2011.

O'BRIEN, M. A. et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global tuberculosis report 2014. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global tuberculosis report 2017. [s.l.] Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2017.

_____. Global Tuberculosis Report 2022. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/d793376/Downloads/9789240061729-eng%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/d793376/Downloads/9789240061729-eng%20(1).pdf)

_____. Module 3: Diagnosis WHO consolidated guidelines on tuberculosis Rapid diagnostics for tuberculosis detection. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2020a.

_____. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1, Prevention : tuberculosis preventive treatment. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2020b.

_____. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021.

_____. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 4: Treatment Tuberculosis care and support. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2022.

_____. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 1: Prevention Infection prevention and control. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2021.

_____. The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015.

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D.; et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372.

PANERAI, R. B.; MOHR, J. P. Applying technology assessment health care. In: _____. Health Technology Assessment Methodologies for Developing Countries. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989. p. 9-23.

PAQUISTÃO. National Guidelines for the Control of Tuberculosis in Pakistan. 2019.

PARAGUAI. Guía Nacional para el manejo de la Tuberculosis. 2018.

PEREIRA, C. E. A. et al. O reflexo da visita domiciliar do ACS na busca ativa do sr de um município da Amazônia. *Rev. APS*, 21(1), 77–85. 2018.

PEREIRA, C. E. A. et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na busca ativa do sintomático respiratório: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPI*, v. 6, n. 1, p. 71–75, 2017.

PILLER, R.V.B. Epidemiologia da Tuberculose. *Pulmão RJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 4-9. 2012.

PORTUGAL. Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas. 2020.

PRADO, T. N. et al. Clinical and epidemiological characteristics associated with unfavorable tuberculosis treatment outcomes in TB-HIV co-infected patients in Brazil: a hierarchical polytomous analysis. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 162-170, mar. 2017.

QASEEM, A.; FORLAND, F.; MACBETH, F.; OLLENSCHLÄGER, G.; PHILLIPS, S; VAN DER WEES, P. Guidelines international network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012.

RÊGO, L. P. et al. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS DOENTES COM TUBERCULOSE: REVISÃO INTEGRATIVA 2002 – 2012. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 738–759, 26 fev. 2015.

REPÚBLICA DOMINICANA. Manual de procedimientos para el abordaje programático de la tuberculosis. 2018.

RIEDER, H. L. et al. Epidemiologic basis of tuberculosis control. [s.l.] International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), 1999.

ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidade da agente Comunitária de Saúde: Tecendo racionalidades Emergentes. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v 17, n. 47, p. 847-857, dez. 2013.

RONSONI, R. D. M. Avaliação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde segundo método AGREE II (Appraisal of Guidelines for Reserach and Evaluation). 2013:152.

ROSSMAN, M. D.; MACGREGOR, R. Introduction and brief history. 1. ed. Philadelphia: McGraw-Hill, 1995.

RUSTAGE, K.; LOBE, J.; HAYWARD, S. E.; et al. Initiation and completion of treatment for latent tuberculosis infection in migrants globally: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 21, n. 12, p. 1701-12, 2021.

SAAVACOOOL, J. Philadelphia and the white plague. *Trans Stud Coll Physicians Phila*, v. 8, p. 147-182, 1986.

SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. D. O.; ZANGHELINI, F.; RONSONI, R. D. M.; RECH, N.; LEITE, S. N. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases. *PLoS One*. 2018 Oct 1;13(10).

SCHUBERT, J. Modos de Trabalho dos Agentes Comunitário de Saude: O Discurso Institucional e o Cotidiano de Vulnerabilidade. 2009. 103 f. Dissertação (Mestre em Psicologia Social e Institucional). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre. 2009.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria. *Am J Nurs*. 2014 Apr;114(4):53-6.

TANZÂNIA. National Operation Guideline for Community - Based TB and Leprosy Interventions. 2022.

TANZÂNIA. National Tuberculosis and Leprosy Programme National Policy Guidelines for TB care and prevention at Workplace. 2018.

TOKLU, H. Z. Promoting evidence-based practice in pharmacies. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, Gainesville, v. 4, p. 127-131, 2015.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 84–87, fev. 2002.

UGANDA. National Guidelines for Tuberculosis Infection Control in Health Care Facilities, Congregate Settings and Households. 2022.

VAZ, J. M. A.; ALVES, B. M. C. S.; DUARTE, D. B.; MARQUES, L. A. M.; SANTANA, R. S. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia*, Vol. 42(3) 239–249, 2021.

ZÂMBIA. Consolidated Tuberculosis Guidelines. 2022.

APÊNDICE A



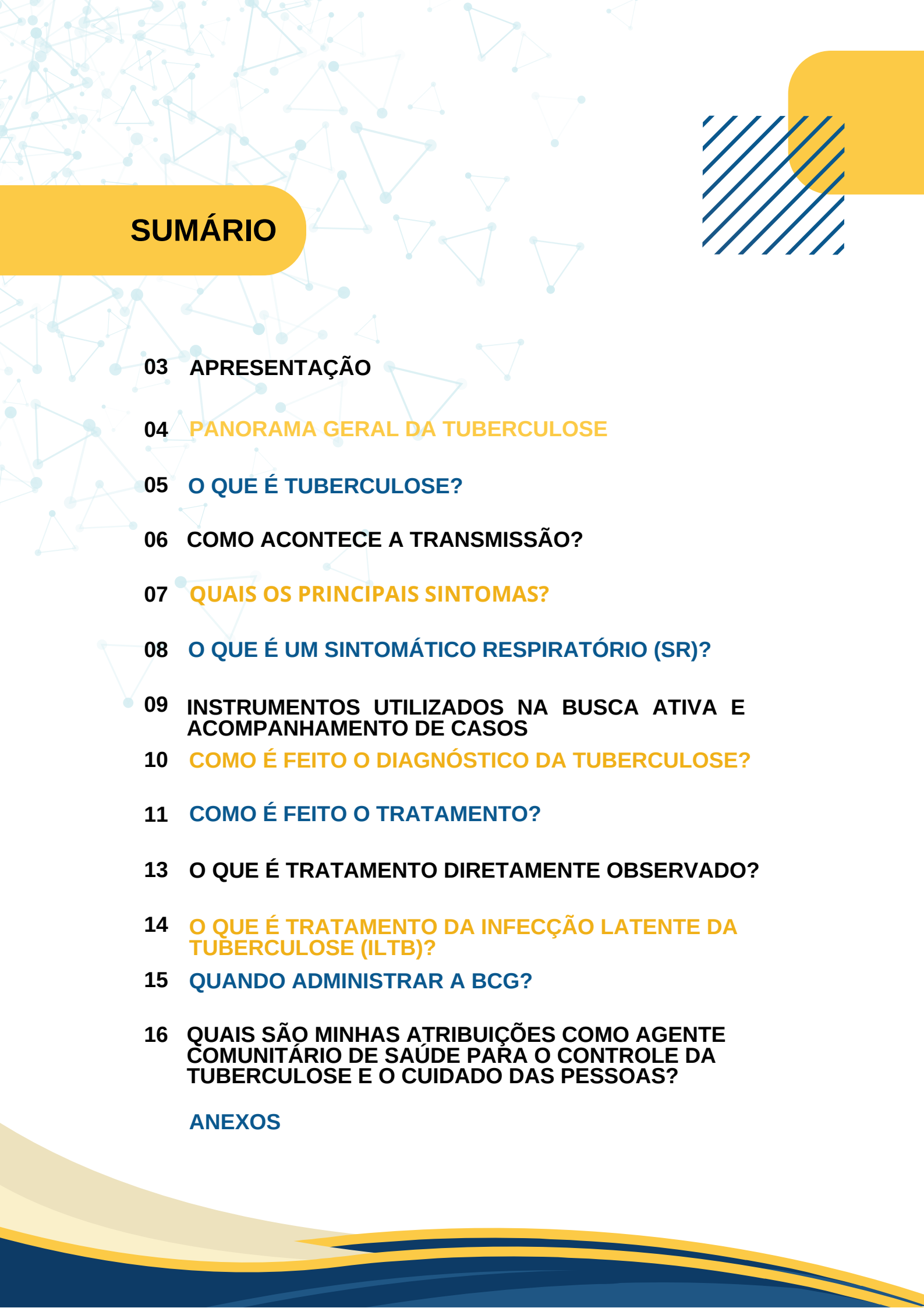
UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARTILHA PARA O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: TUBERCULOSE

Mestranda: Sarah Yasmin Lucena Gomes
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Fonseca Lima
Co-orientador: Prof. Dr. Rafael Santos Santana





SUMÁRIO

03 APRESENTAÇÃO

04 PANORAMA GERAL DA TUBERCULOSE

05 O QUE É TUBERCULOSE?

06 COMO ACONTECE A TRANSMISSÃO?

07 QUAIS OS PRINCIPAIS SINTOMAS?

08 O QUE É UM SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR)?

09 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA BUSCA ATIVA E ACOMPANHAMENTO DE CASOS

10 COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE?

11 COMO É FEITO O TRATAMENTO?

13 O QUE É TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO?

14 O QUE É TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb)?

15 QUANDO ADMINISTRAR A BCG?

16 QUAIS SÃO MINHAS ATRIBUIÇÕES COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE E O CUIDADO DAS PESSOAS?

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

O enfrentamento à tuberculose (TB) persiste como grande desafio para a saúde pública no Brasil. A crise sanitária e social agravada pela pandemia de COVID-19 teve um impacto negativo no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da doença dificultando ações de controle.

Embora a doença tenha cura e seu tratamento seja disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ela ainda é considerada como um importante problema de saúde pública no Brasil.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional de extrema importância para a consolidação do SUS, atuando como um importante elo que contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas através de ações de promoção e vigilância em saúde.

O Ministério da Saúde considera que o processo de qualificação dos ACS deve ser realizado de forma contínua, permanente e com base em evidência justificando a atualização da Cartilha para o ACS sobre a TB publicada em 2017.

O objetivo desta cartilha é apresentar os aspectos relacionados à TB de forma clara, objetiva e atualizada, para que possa colaborar para o melhor trabalho do ACS.

Espera-se que esse material contribua para o fortalecimento de seu trabalho, ajudando no melhor desenvolvimento de suas ações.
Contamos com vocês na luta contra tuberculose!





PANORAMA GERAL DA TUBERCULOSE

Em 2020, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, 9,9 milhões de pessoas adoeceram por tuberculose (TB) e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram pela doença no mundo. É importante saber nesse contexto que a TB é considerada a principal causa de morte entre as pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Em 2021 foram diagnosticados 68.271 casos de tuberculose no Brasil e 4.543 pessoas morreram por causada doença. Nesse mesmo período, os estados do Rio de Janeiro, Amazonas e Roraima apresentaram as maiores incidências de tuberculose.

Além dos fatores relacionados ao sistema imunológico de cada pessoa e à exposição ao agente causador da TB (bacilo), o adoecimento por TB, muitas vezes está ligado às condições como nutrição, moradia, trabalho inadequados e também associadas a outras doenças, como infecção por HIV, diabetes e câncer.

Em decorrência da dificuldade de acesso aos serviços públicos, das condições de vida, do preconceito, do estigma e das condições individuais de saúde, certos grupos populacionais estão mais vulneráveis ao adoecimento, tais como pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, vivendo com HIV/aids, indígenas e profissionais de saúde, como o ACS.

É papel do ACS divulgar para sua comunidade a tuberculose como importante problema de saúde pública atual.



O QUE É TUBERCULOSE?

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch. Afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas (forma extrapulmonar).



Nem todos os infectados pelo bacilo irão desenvolver a doença e mesmo assim o bacilo pode permanecer durante anos no organismo, sem que a pessoa adoça por tuberculose. A isso se dá o nome de infecção latente por tuberculose (ILTb).



Qualquer pessoa infectada pode adoecer por tuberculose, porém existem algumas condições que comprometem o sistema de defesa do organismo, propiciando o adoecimento. Pessoas com doenças como diabetes, infecção pelo HIV/aids, câncer e uso de tabaco estão sob maior risco de desenvolver a doença ativa. Condições desfavoráveis de vida como desnutrição, situação de rua, privação de liberdade, necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, além de barreiras de acesso aos serviços de saúde, também colocam o indivíduo em maior vulnerabilidade ao adoecimento.

Para que se possa lidar de forma mais abrangente com as questões de saúde da população, é importante a articulação com os diversos atores e serviços que atuam no território para a construção de intervenções intersetoriais.

COMO ACONTECE A TRANSMISSÃO?

A transmissão da tuberculose acontece por via respiratória, pela eliminação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa (pulmonar ou laríngea) sem tratamento; e a inalação de aerossóis por um indivíduo suscetível.



Calcula-se que, durante um ano, em uma comunidade, uma pessoa com tuberculose pulmonar e/ou laríngea ativa, sem tratamento e que esteja eliminando aerossóis com bacilos, possa infectar, em média, de 10 a 15 pessoas.

É importante falar que a tuberculose não se transmite por objetos compartilhados. Bacilos que se depositam em roupas, lençóis, copos e talheres dificilmente se dispersam em aerossóis e, por isso, não têm papel importante na transmissão da doença.

O bacilo é sensível à luz solar e a circulação de ar possibilita a dispersão das partículas infectantes. Por essa razão, ambientes ventilados e com luz natural direta diminuem o risco de transmissão. A etiqueta da tosse, que consiste em cobrir a boca com o antebraço ou lenço ao tossir, também é uma medida importante a ser considerada.

Figura 1 – Demonstração de como transmite e não transmite



Como se pega:
Tosse, Espirro e Fala



Não se pega:
Talheres, toalhas,
pratos e abraço

QUAIS OS PRINCIPAIS SINTOMAS?



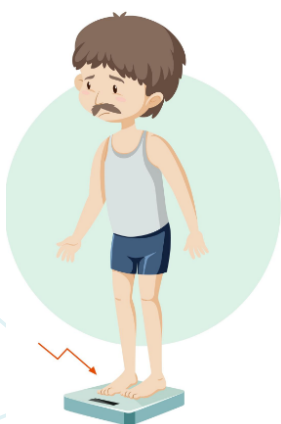
Tosse por três semanas ou mais



**Febre vespertina
(no final da tarde)**



**Sudorese
noturna**



Emagrecimento



**Fraqueza
e cansaço**



**Dores no
corpo**

O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse, podendo ser seca ou produtiva. Na tuberculose extrapulmonar outros sintomas podem surgir, de acordo com o órgão acometido.

O QUE É UM SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR)?



O sintomático respiratório (SR) é uma pessoa que apresenta tosse por 3 semanas ou mais, devendo ser investigada para tuberculose através de exames bacteriológicos. O principal objetivo da busca ativa de SR é identificar precocemente os casos bacilíferos, iniciar o tratamento e, conseqüentemente, interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença a longo prazo.

CONDIÇÕES ESPECIAIS



Em pessoas privadas de liberdade esse prazo tende a diminuir para duas semanas.



Já pessoas vivendo em situação de rua, pessoas vivendo com HIV/aids, indígenas e pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas essa investigação pode ser realizada a qualquer momento.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS BUSCA ATIVA E ACOMPANHAMENTO DE CASOS

O ACS tem um importante papel nessa busca ativa de casos, uma vez que ele é o primeiro elo da população com a comunidade. Para que ele faça um trabalho com maior eficiência serão utilizadas algumas ferramentas, tais como:

Ficha de Visita Domiciliar (Anexo A) ou no aplicativo e-SUS AB Território

Livro de Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde (Anexo B)

Livro de registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose (Anexo D)

Ficha de notificação/investigação de tuberculose (Anexo C)

Boletim de acompanhamento dos casos de tuberculose (Anexo F)

Guia de acompanhamento da tomada diária de medicamento (Anexo G)

Guia de Controle de Contatos (Anexo H)

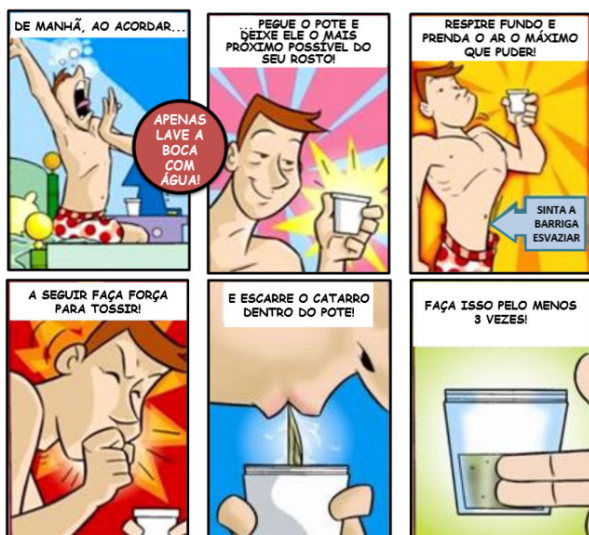
Fique atento aos instrumentos de registro existentes em sua unidade, identificando os responsáveis pelo preenchimento de cada um e apoiando com as informações necessárias.



COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE?

O diagnóstico ocorre através da realização de duas amostras de escarro para a realização da baciloscopia (isso acontecerá no momento da identificação e na manhã do dia seguinte).

Como deve ser feita a coleta no dia seguinte:



No teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) recomenda-se apenas uma amostra de escarro coletada no momento da identificação do SR.

A realização de cultura com identificação e teste de sensibilidade, além da baciloscopia ou TRM-TB, é indicada para indígenas, pessoas que vivem com HIV/aids, em situação de rua, privadas de liberdade, profissionais de saúde, pessoas que já trataram tuberculose ou são contatos de casos de tuberculose resistente.

Nesses casos, a solicitação deve ser feita ainda no momento da identificação do SR.

É recomendado que no momento da abordagem inicial seja ofertada a testagem para o HIV para toda população, principalmente às pessoas com TB, de preferência com o teste rápido para diagnóstico.

Os casos diagnosticados de TB devem ser notificados na Ficha de Notificação/Investigação (Anexo C) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).



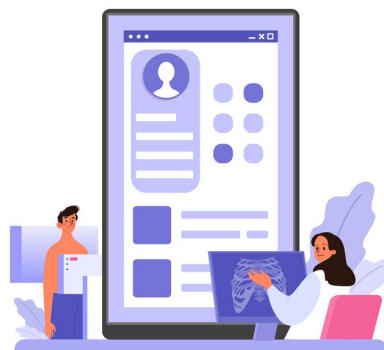
COMO É FEITO O TRATAMENTO?

O tratamento da tuberculose é **GRATUITO**, disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS) e tem uma duração de no mínimo 6 meses, devendo o medicamento ser tomado todos os dias, sem intervalos.



Há possíveis barreiras que dificultam a adesão, como o horário do tratamento diretamente observado (TDO), preconceito de familiares em relação à TB ou necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Nesses casos é importante utilizar da rede de suporte ao paciente (outros profissionais da equipe, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS).

Durante o tratamento devem ser realizadas consultas mensais para o acompanhamento da resposta ao tratamento e o monitoramento de efeitos adversos. No caso de pacientes que não comparecerem ao serviço de saúde quando agendados, seja para consultas ou entrega de medicação, devem ser captados pelo ACS por meio da busca ativa para que eles compareçam ao posto de saúde.



Após 15 dias de tratamento adequado, acontece uma melhora expressiva do quadro clínico, com isso as chances de transmissão diminuem. A evolução do paciente deve ser registrada no livro de Registro de Paciente e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose (Anexo D), no Boletim de acompanhamento dos casos (Anexo E) e na Ficha de visita domiciliar – e-SUS (Anexo A).

Quadro 1

Possíveis efeitos adversos nos pacientes em tratamento para tuberculose e condutas

EFEITO ADVERSO



Náusea, vômitos,
dor abdominal



Suor e/ou urina
avermelhada



Dor de cabeça,
ansiedade, insônia



Dornas articulações, pele e olhos
amarelados, coceira e
vermelhidão na pele.

DEVEMOS

Orientar que tome o medicamento
para TB com o café da manhã ou
duas horas depois, e marcar consulta
no serviço de saúde.

Orientar que isso pode acontecer e
que deixará de acontecer com o fim
do tratamento.

Orientar que isso pode acontecer
e marcar consulta no serviço de
saúde.

Marcar consulta no serviço de
saúde

O QUE É TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO?

O tratamento diretamente observado (TDO) é recomendado como estratégia de adesão, e consiste na tomada diária do medicamento observada pelo ACS no domicílio do paciente. Quando não for possível, a observação pode ser feita por outros profissionais, como por exemplo:



Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)

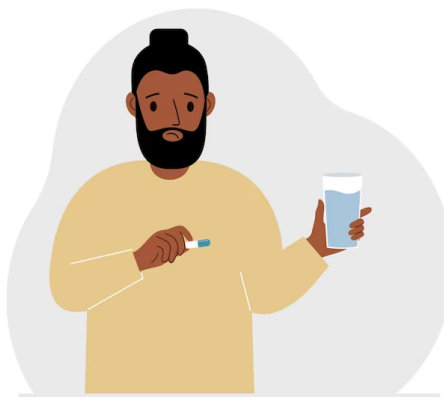


Abrigos institucionais



Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

O ACS deve fazer a observação das tomadas dos medicamentos de segunda-feira a sexta-feira. Caso isso não seja possível, no mínimo três vezes por semana, supervisionado semanalmente por um profissional da Enfermagem. O acompanhamento deve ser registrado na Ficha de Acompanhamento de Tomada Diária da Medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (Anexo F).



O vínculo que o **ACS** tem com o paciente durante as visitas domiciliares é importante estimulador para que ele(a) faça a adesão ao tratamento e conclua-o. Especialmente no primeiro mês de tratamento, é recomendado que o TDO seja realizado em ambientes bem ventilados.

O **ACS** tem papel essencial para o êxito do tratamento, tanto para a realização do TDO como no vínculo e diálogo com o usuário.



O QUE É TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTB)?

Nem todos os infectados pelo bacilo desenvolvem a doença.

O bacilo pode permanecer no organismo durante anos sem que a pessoa apresente sintomas, ou seja, sem que a pessoa esteja doente. A isso se dá o nome de infecção latente por tuberculose (ILTB).

O tratamento da ILTB tem o objetivo de evitar que o indivíduo com infecção latente adoeça por tuberculose. Sua indicação depende da avaliação clínica e de exames complementares. O tratamento é realizado com a medicação chamada isoniazida e dura de seis a nove meses, com tomadas diárias do medicamento.

É necessário que seja feita uma notificação através da Ficha de notificação de pessoas em tratamento da ILTB (Anexo D) que posteriormente seja inserida no Site-ILTB e que seja feito o acompanhamento mensal na unidade de saúde para avaliação do tratamento e recebimento do medicamento.

Ficha de notificação de pessoas em tratamento da ILTB	
FUNDAMENTAL QUE HAJA A EXCLUSÃO DA TUBERCULOSE ATIVA PREVIAMENTE.	
DADOS DE NOTIFICAÇÃO	
1) Tipo de entrada: (1) Caso novo (2) Reingresso após abandono (3) Reingresso (4) Reentrada após suspensão por notificação clínica de desfecho de tratamento	2) Data de notificação: / /
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	
3) Nome de registro: /	
4) Data de nascimento: / /	5) CPF: /
6) RG: /	7) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
8) Cor: (1) Branco (2) Preto (3) Amarelo (4) Indígena (5) Pardo (6) Branco	9) Raza/cor: (1) Branco (2) Preto (3) Amarelo (4) Indígena (5) Pardo (6) Branco
10) Cartão Nacional de Saúde: /	
11) Nacionalidade: (1) Brasileira (2) Nome da mãe: /	
12) Nome da mãe: /	
DADOS DE RESIDÊNCIA	
13) UF: /	14) Município de residência: /
15) Regional de Saúde: /	16) Bairro: /
17) Nº: /	18) CEP: /
19) Complemento (apto., casa...): /	20) Telefone: /
INVESTIGAÇÃO	
21) Discartado TB ativo: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Ignorado	
22) Caso a TB ativa não tenha sido descartada, justifique a realização do tratamento de ILTB: /	
23) Radiografia do Tórax: (1) Normal (2) Alteração sugestiva de TB ativa (3) Não realizada	
24) HIV: (1) Positivo (2) Em andamento (3) Negativo (4) Não realizado	
25) Prova Tuberculínica (PT): (1) Positivo (2) Negativo (3) Não realizado	
26) Data de aplicação da última PT: / /	
27) Resultado da última PT: /	
28) Contato de TB: (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Ignorado	
29) Nome do caso fonte: /	
30) Número do Sinale: /	
TRATAMENTO	
31) UF: /	
32) Município de tratamento: /	
33) Regional de Saúde: /	
34) Código CNES: /	
35) Data de início do tratamento: / /	
36) Data de término do tratamento: / /	
37) Data de avaliação: / /	
38) Data de reavaliação: / /	
39) Data de acompanhamento: / /	
40) Data de acompanhamento: / /	
41) Data de acompanhamento: / /	
42) Data de acompanhamento: / /	
43) Data de acompanhamento: / /	
44) Data de acompanhamento: / /	
45) Data de acompanhamento: / /	
46) Data de acompanhamento: / /	
47) Data de acompanhamento: / /	
48) Data de acompanhamento: / /	
49) Data de acompanhamento: / /	
50) Data de acompanhamento: / /	
51) Data de acompanhamento: / /	
52) Data de acompanhamento: / /	
53) Data de acompanhamento: / /	
54) Data de acompanhamento: / /	
55) Data de acompanhamento: / /	
56) Data de acompanhamento: / /	
57) Data de acompanhamento: / /	
58) Data de acompanhamento: / /	
59) Data de acompanhamento: / /	
60) Data de acompanhamento: / /	
61) Data de acompanhamento: / /	
62) Data de acompanhamento: / /	
63) Data de acompanhamento: / /	
64) Data de acompanhamento: / /	
65) Data de acompanhamento: / /	
66) Data de acompanhamento: / /	
67) Data de acompanhamento: / /	
68) Data de acompanhamento: / /	
69) Data de acompanhamento: / /	
70) Data de acompanhamento: / /	
71) Data de acompanhamento: / /	
72) Data de acompanhamento: / /	
73) Data de acompanhamento: / /	
74) Data de acompanhamento: / /	
75) Data de acompanhamento: / /	
76) Data de acompanhamento: / /	
77) Data de acompanhamento: / /	
78) Data de acompanhamento: / /	
79) Data de acompanhamento: / /	
80) Data de acompanhamento: / /	
81) Data de acompanhamento: / /	
82) Data de acompanhamento: / /	
83) Data de acompanhamento: / /	
84) Data de acompanhamento: / /	
85) Data de acompanhamento: / /	
86) Data de acompanhamento: / /	
87) Data de acompanhamento: / /	
88) Data de acompanhamento: / /	
89) Data de acompanhamento: / /	
90) Data de acompanhamento: / /	
91) Data de acompanhamento: / /	
92) Data de acompanhamento: / /	
93) Data de acompanhamento: / /	
94) Data de acompanhamento: / /	
95) Data de acompanhamento: / /	
96) Data de acompanhamento: / /	
97) Data de acompanhamento: / /	
98) Data de acompanhamento: / /	
99) Data de acompanhamento: / /	
100) Data de acompanhamento: / /	

Ficha de notificação de pessoas em tratamento da ILTB (Anexo D)

O ACS deve orientar e encaminhar os contatos ao serviço de saúde para avaliação clínica e possível diagnóstico e tratamento.

QUANDO ADMINISTRAR A BCG?

A vacina BCG deve ser administrada o mais precocemente possível, de preferência, logo após o nascimento do bebê.

A vacina diminui a incidência de formas graves da tuberculose (meningite tuberculosa e tuberculose miliar). Deve-se verificar no Cartão da Criança a situação vacinal e, caso não esteja atualizada, fazer o encaminhamento à unidade de saúde para atualizar o esquema vacinal.



As crianças de até 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) que não têm cicatriz vacinal no braço direito também devem ser encaminhadas à unidade de saúde para que seja avaliada a necessidade da vacinação.

O ACS deve acompanhar a situação vacinal das crianças do território e encaminhar à Unidade Básica de Saúde aquelas menores de 5 anos que não tenham registro da BCG no cartão ou não tenham cicatriz vacinal do braço direito.



QUAIS SÃO MINHAS ATRIBUIÇÕES COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE E O CUIDADO DAS PESSOAS?

O agente comunitário de saúde (ACS) é um profissional-chave para o controle efetivo da tuberculose em seu território! Destacam-se como suas atribuições:

Divulgar a tuberculose como importante problema de saúde pública atual.

Orientar quanto à transmissão da tuberculose e às medidas de prevenção.

Estar atento aos principais sintomas da tuberculose, assim como divulgá-los, e fazer o encaminhamento dos casos suspeitos para a unidade de saúde.

Para interromper a cadeia de transmissão da doença é fundamental a descoberta oportuna dos casos de tuberculose ativa. Sendo assim, a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) deve ser estratégia priorizada pelos ACS.

Possibilitar que a primeira amostra de escarro seja coletada no momento da suspeita de tuberculose, permitindo a diminuição da transmissão e a consequente queda no número de casos, uma vez que o principal exame diagnóstico é o exame do escarro.

Informar que o tratamento para TB está disponível no SUS, dura no mínimo seis meses e deve ser feito até o final para que se alcance a cura.

Realizar busca ativa dos pacientes em tratamento que não comparecerem ao serviço de saúde quando agendados.

Estar atento para os efeitos adversos do tratamento da tuberculose orientando o paciente a procurar o serviço de saúde se necessário. Informar às pacientes em idade fértil que o medicamento para TB diminui o efeito do anticoncepcional e orientá-las para o uso de métodos contraceptivos de barreira, como camisinha feminina ou masculina, Dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma.

Realização do TDO a partir do planejamento da equipe e do estabelecimento de vínculo e diálogo com o usuário.

Orientar e encaminhar os contatos ao serviço de saúde para avaliação clínica e possível diagnóstico e tratamento.

Acompanhar a situação vacinal das crianças do território e encaminhar ao serviço de saúde aquelas menores de 5 anos que não tenham registro da BCG no cartão ou não tenham cicatriz vacinal do braço direito.

Manter seu território informado sobre a doença, trabalhando com parceiros da comunidade para o controle e redução de estigma e preconceito que afetam as pessoas com TB.

Utilizar ferramentas de coleta de informações e acompanhamento do paciente.



ANEXOS

Anexo A

Ficha de visita domiciliar – e-SUS

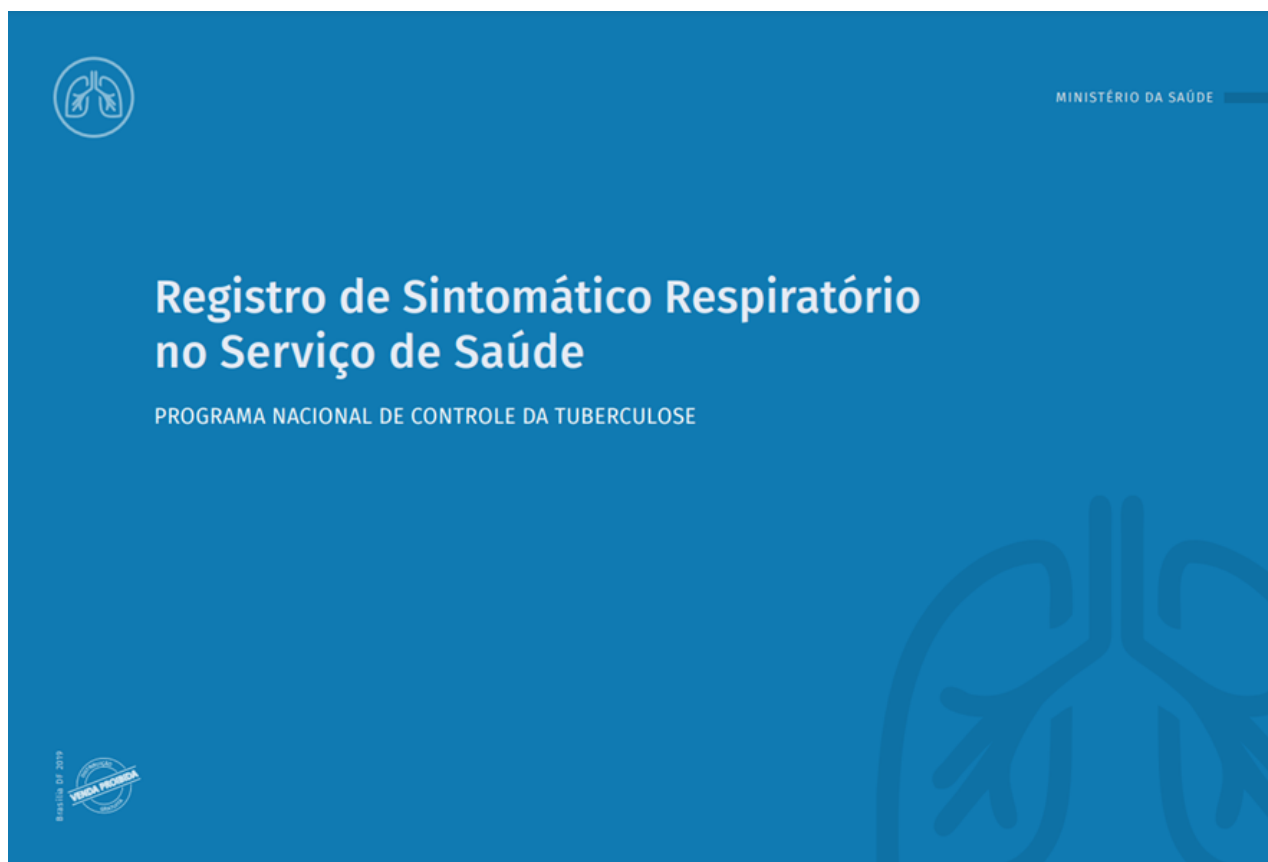
https://www.marquesconsult.com.br/arquivos/ficha_v_domiciliar_terr_v3_2.pdf

SAÚDE e-SUS ATENÇÃO PRIMÁRIA		FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL										DATA: / /												
		DIGITADO POR:										FOLHA Nº:												
		CONFERIDO POR:																						
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*					CNE*					INE*					DATA: / /							
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
TURNO*																								
MICROÁREA*																								
TIPO DE IMÓVEL*																								
Nº PRONTUÁRIO																								
CNS ou CPF do Cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle veicular, usar o CNS do responsável familiar)																								
Data de nascimento**		Dia/mês		Ano																				
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino																								
Visita compartilhada com outro profissional																								
Cadastro/Atualização																								
Visita periódica																								
Busca ativa																								
Consulta																								
Exame																								
Vacina																								
Condições de Bolsa Família																								
Gestante																								
Puérpera																								
Recém-nascido																								
Criança																								
Pessoa com desnutrição																								
Pessoa em reabilitação ou com deficiência																								
Pessoa com hipertensão																								

Anexo B

Livro de Registro do Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro_sintomatico_respiratorio_tuberculose.pdf



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Instruções de preenchimento

O registro de sintomático respiratório é um instrumento de informação, sendo de caráter confidencial as informações aqui inseridas. O registro deve ser cuidadosamente protegido contra danos e extravios. Neste livro, devem ser registrados todos os sintomáticos respiratórios identificados pelo serviço de saúde. A busca de sintomáticos respiratórios é uma atividade prioritária para o controle da tuberculose e pode ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde.

A. IDENTIFICAÇÃO

■ Unidade de Saúde

Escrever de forma legível o nome completo da Unidade de Saúde.

■ Ano

Escrever o ano com quatro dígitos (ex.: 2018).

■ UF

Escrever o nome da Unidade Federada.

■ N° sequencial

Registrar o n° sequencial ou de ordem de acordo com a identificação do sintomático respiratório.

■ Data de identificação do sintomático respiratório

Escrever o dia e mês de identificação do sintomático respiratório.

■ Nome completo

Escrever o nome completo do paciente, sem abreviaturas.

■ Data de nascimento

Escrever o dia, mês e ano (ex.: 03/01/1952).

■ Sexo

Escrever **M** para masculino e **F** para feminino.

■ Endereço

Escrever o endereço completo, inclusive o(s) telefone(s) de contato.

B. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

■ Baciloscopia de escarro

12 e 24 amostras: registrar o resultado do exame da baciloscopia para diagnóstico conforme segue:

+, ++, +++ - para as amostras positivas.

NEG - para as amostras negativas.

N/Re - para não realizado.

Data do resultado - escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

■ Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Registrar o resultado do TRM-TB conforme segue:

SR - para detectável sensível à rifampicina.

RR - para detectável resistente à rifampicina.

ND - para não detectável.

DI - para detectável indeterminado (inconclusivo).

N/Re - para não realizado.

Data do resultado - escrever o dia, mês e ano (ex.: 30/05/2018).

■ Radiografia do tórax

Registrar o resultado da radiografia do tórax conforme segue:

N - para aspecto radiológico normal.

S - para imagem radiológica sugestiva/suspeita de tuberculose.

SEQ - para seqüela, quando houver imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial.

OP - para imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa.

N/Re - para não realizado.

■ Observações

Registrar informações não especificadas nos campos anteriores que sejam consideradas importantes.

Registro de Sintomático Respiratório no Serviço de Saúde

Unidade de Saúde:

UF:

Ano: _____

[illegible]

Anexo C

Ficha de notificação/investigação de tuberculose

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/Tuberculose_v5.pdf

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

Anexo D

Ficha de notificação de pessoas em tratamento da ILTB

http://sitetb.saude.gov.br/download/ILTB_FICHA_DE_NOTIFICACAO_DA_PESSOA_AS_EM_TRATAMENTO_DA_ILTB.pdf

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO
DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DA ILTB

IL-TB

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

PREENCHA ATÉ ESSE PONTO, ASSINE E NOTIFIQUE O CASO NO IL-TB. APÓS O ENCERRAMENTO, TERMINE DE PREENCHER A FICHA E ENCERRE O CASO NO SISTEMA.

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

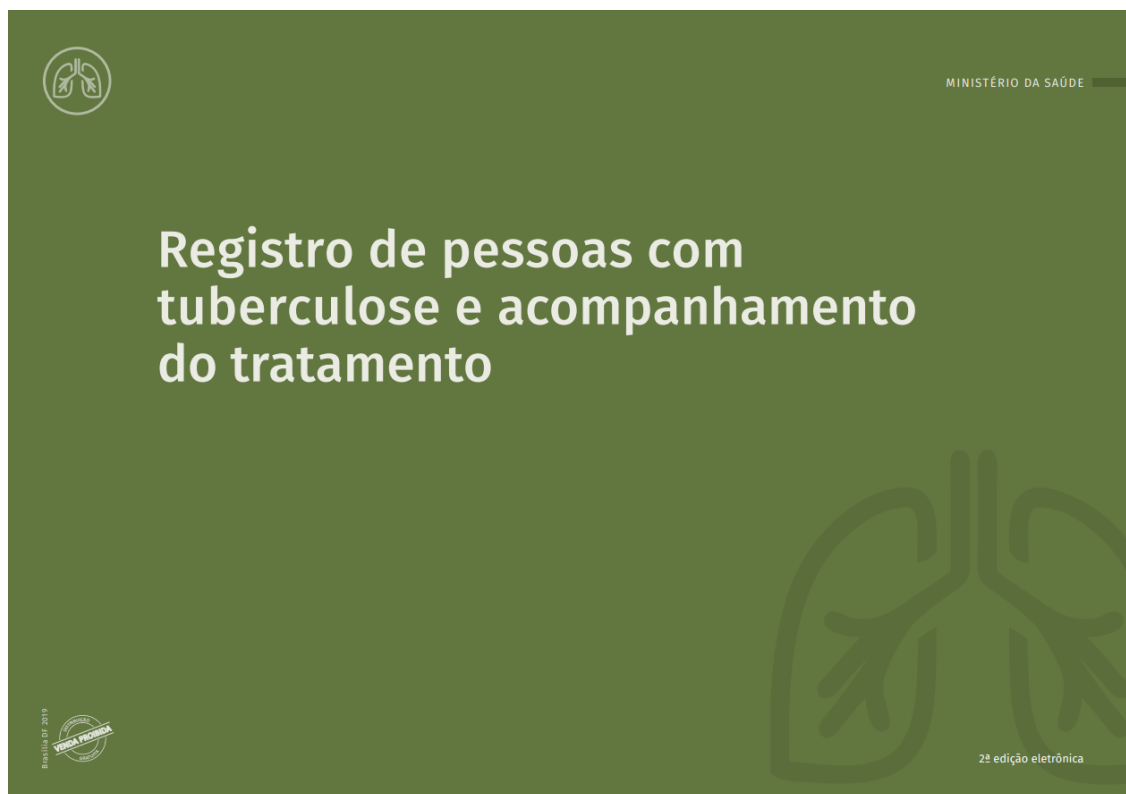
ENCERRAMENTO		
45) N° de doses tomadas: _____	46) Data do término do tratamento*: ____/____/____	
47) Situação de encerramento*: () Tratamento completo () Suspenso por reação adversa () Tuberculose ativa () Óbito () Abandono () Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária () Transferido para outro país () Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento		
48) Causa básica do óbito conforme consta da Declaração de óbito*: () Causa externa () Tuberculose (CID A15 a A19) () Complicações do HIV (CID B22, B22.7, B23, B23.8) () Hepatite aguda medicamentosa (CID K 71) () Doença hepática aguda viral (CID B17, B17.8) () Doença hepática crônica (CID B18.8 K73.8) () Doença hepática inflamatória, sem outra especificação (CID K75.9) () Outra		
Observações:		
Nome do investigador*:	Função do Investigador:	Assinatura do Investigador:

* Campo obrigatório ** Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

Anexo E

Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/registro_pessoas_tuberculose_acompanhamento_tratamento.pdf



Instruções para o preenchimento do Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento é um instrumento de informação oficial da Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (CGTR/DCCI/SVS/MS). Deve ser utilizado para acompanhamento de pacientes, além de servir como fonte de dados da Unidade de Saúde local e também como ferramenta para base de cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos, sendo importante seu preenchimento adequado. Os dados aqui contidos têm caráter confidencial e devem ser cuidadosamente protegidos contra danos e extravios. Devem ser registrados os dados dos pacientes que tiverem seu diagnóstico confirmado segundo definição de caso confirmado de tuberculose, conforme o Guia de Vigilância em Saúde (MS, 2017).

Os dados fornecidos por este livro devem ser registrados na Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose, assim como no Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, ambos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-TB). Ao final de cada mês, deverá ser feita a consolidação dos dados e análise dos casos atendidos na Unidade de Saúde.

Recomenda-se deixar na planilha um espaço de três linhas antes de iniciar o mês seguinte. Casos de tuberculose que serão encerrados como drogaresistente, mudança de esquema ou falência do tratamento também devem ser registrados nesse livro. Esses casos devem ser notificados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB) e o acompanhamento do tratamento poderá ser feito no próprio sistema.

COMO PREENCHER AS COLUNAS

IDENTIFICAÇÃO

■ Nº do prontuário (Nº do pront.)

Registrar o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde.

■ Nº do Sinan

Registrar o número do Sinan correspondente à ficha de notificação do paciente.

■ Nome do paciente

Registrar de forma legível o nome completo do paciente. Evitar abreviações.

■ Idade

Registrar a idade do paciente em anos completos. Nos menores de 1 ano, registrar a idade em meses, colocando a letra M após o mês registrado em número. Ex.: 6 m (meses).

■ Sexo

Registrar M para masculino e F para feminino.

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

■ Baciloscopia de escarro (Bacil. de escarro)

Transcrever o resultado da primeira amostra da baciloscopia na primeira coluna e o da segunda amostra na coluna correspondente, conforme segue:

+, ++, +++ – para os positivos. Quando o resultado for de 1 a 9 bacilos, registra-se o número de bacilos.

NEG – para os negativos.

NR – para exame não realizado.

■ Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Registrar o resultado do TRM-TB conforme segue:

SR – para detectável sensível à rifamicina.

RR – para detectável resistente à rifamicina.

ND – para não detectável.

DI – para detectável indeterminado (inconclusivo).

NR – para teste não realizado.

■ Cultura

Registrar o resultado da cultura conforme segue:

POS – para positivo.

NEG – para negativo.

NR – para cultura não realizada.

■ Teste de Sensibilidade (TS)

Registrar o resultado do TS conforme segue:

RI – para resistente somente à isoniazida.

RR – para resistente somente à rifamicina.

RIR – para resistente à isoniazida e rifamicina.

RO – para resistente a outras drogas de 1ª linha.

S – para sensível a todas as drogas.

NR – para exame não realizado.

■ Identificação de micobactéria

Registrar o resultado do teste conforme segue:

MTB – para *Mycobacterium tuberculosis*.

MNT – para outras micobactérias.

NR – para exame não realizado.

OUTROS EXAMES DE DIAGNÓSTICO

■ Biologia Molecular, exceto TRM-TB

Registrar o resultado do teste conforme segue:

S – para sensível a todas as drogas.

RI – para resistente somente à isoniazida.

RR – para resistente somente à rifamicina.

RIR – para resistente à isoniazida e rifamicina.

RO – para resistente a outras drogas de 1ª linha.

NR – para exame não realizado.

■ Histopatologia

Registrar o resultado do exame histopatológico conforme segue:

POS – para presença de BAAR.

SUG – para achados sugestivos de tuberculose.

NEG – para achados não sugestivos de tuberculose.

NR – para exame não realizado.

■ Radiografia do tórax

Registrar o resultado de RX do tórax conforme segue:

NI – para aspecto radiológico normal.

SUG – para imagem radiológica sugestiva/suspeita de tuberculose.

SEQ – para sequela, quando houver imagem radiológica sugestiva de lesão cicatricial.

OP – para imagem sugestiva de outra patologia não tuberculosa.

NR – para RX não realizado.

■ Teste de HIV

Registrar o resultado do teste de HIV:

POS – para resultado positivo.

NEG – para resultado negativo.

NR – para teste não realizado.

FORMA CLÍNICA

■ Pulmonar e/ou laríngea

A baciloscopia, o TRM-TB e a cultura são exames confirmatórios de TB ativa.

Registrar o resultado dos exames conforme segue:

P+ – para tuberculose pulmonar positiva (baciloscopia e/ou TRM-TB e/ou cultura positivos).

P- – para tuberculose pulmonar negativa (baciloscopia e/ou TRM-TB e/ou cultura negativos).

NR – para não realizado (baciloscopia e/ou TRM-TB e/ou cultura não realizados).

■ Extrapulmonar

Assinalar a localização segundo categorização do Sinan e do Guia de Vigilância Epidemiológica/MS (2017), conforme segue:

PI – pleural

Gp – ganglionar periférica

Gg – geniturinária

Oa – osteoarticular

Oc – ocular

Mi – miliar

Me – meningocéfálica

Cut – cutânea

O – outras localizações

Registro de pessoas com tuberculose e acompanhamento do tratamento

Unidade de Saúde:

Município: -

UF:

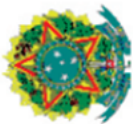
Mês:

— Ano: .

[illegible]

Anexo F

Boletim de acompanhamento dos casos



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Boletim de Acompanhamento de Tuberculose

UF: _____

Unidade: _____

Município de Notificação Atual:

/ /

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Forma 1º Mês	Bac 2º Mês	Bac 3º Mês	Bac 4º Mês	Bac 5º Mês	Bac 6º Mês	Total contat	Total identifi	Total exam	HIV	TARV	Cultura	TRM-TB	Histopat	TS	Realizado TDO?	Situação Encerra	Se Transf	Local de Transf (MunUF)	Data de encerramento
Tópicos 1 a 4: preenchimento automático Total de contatos identificados: Número total de contatos identificados (preenchimento automático) HIV 1- Positivo; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4- Não Realizada Cultura: 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4- Não Realizada Histopatologia 1- Baar Positivo 2- Sugestivo de TB 3- Não Sugestivo de TB 4- Em Andamento 5- Não Realizado Teste de Sensibilidade: 1- resistente somente a Isoniazida; 2- resistente somente a Rifampicina; 3- resistente a Isoniazida e Rifampicina; 4- resistente a outras drogas de 1ª linha; 5- sensível; 6- em andamento; 7- não realizado Situação de Encerramento: 1- Cura 2- Abandono 3- Óbito por TB 4- Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de Diagnóstico 7- TBDR 8- Mudança de esquema 9- Falência 10- Abandono Primário Se transferência: 1- mesmo município; 2- município diferente (Mesma UF); 3- UF diferente; 4- país diferente Data do encerramento: Data de encerramento do caso na unidade de saúde que está acompanhando Baciloscopias 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e após 6º mês: 1-positivo; 2-negativo; 3-não realizado; 4-não se aplica. Total de contatos examinados: Número total de contatos examinados Terapia Antirretroviral: 1-sim; 2-não; 3-ignorado Teste Molecular Rápido - TB (TRM-TB): 1-detectável sensível à rifampicina; 2-não detectável resistente à rifampicina; 3-não detectável; 4-inconclusivo; 5-não realizado Realizado TDO?: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado Local de transferência: Preencher com o local (município/UF) de destino do paciente, caso tenha sido transferido																						

Acompanhamento de tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)

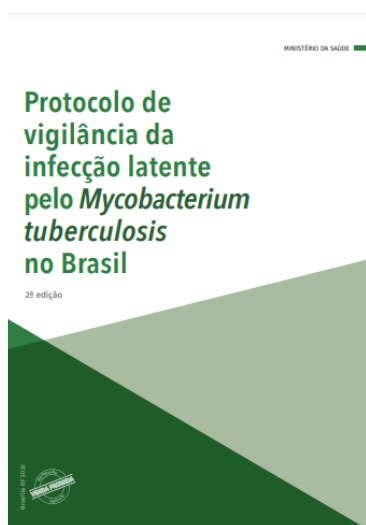
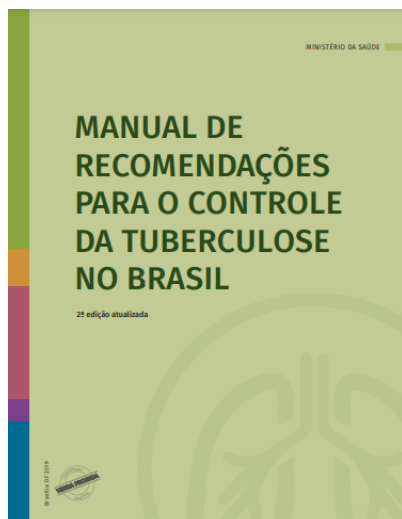
Tratamento Supervisionado (TS)
Acompanhamento da tomada diária da medicação

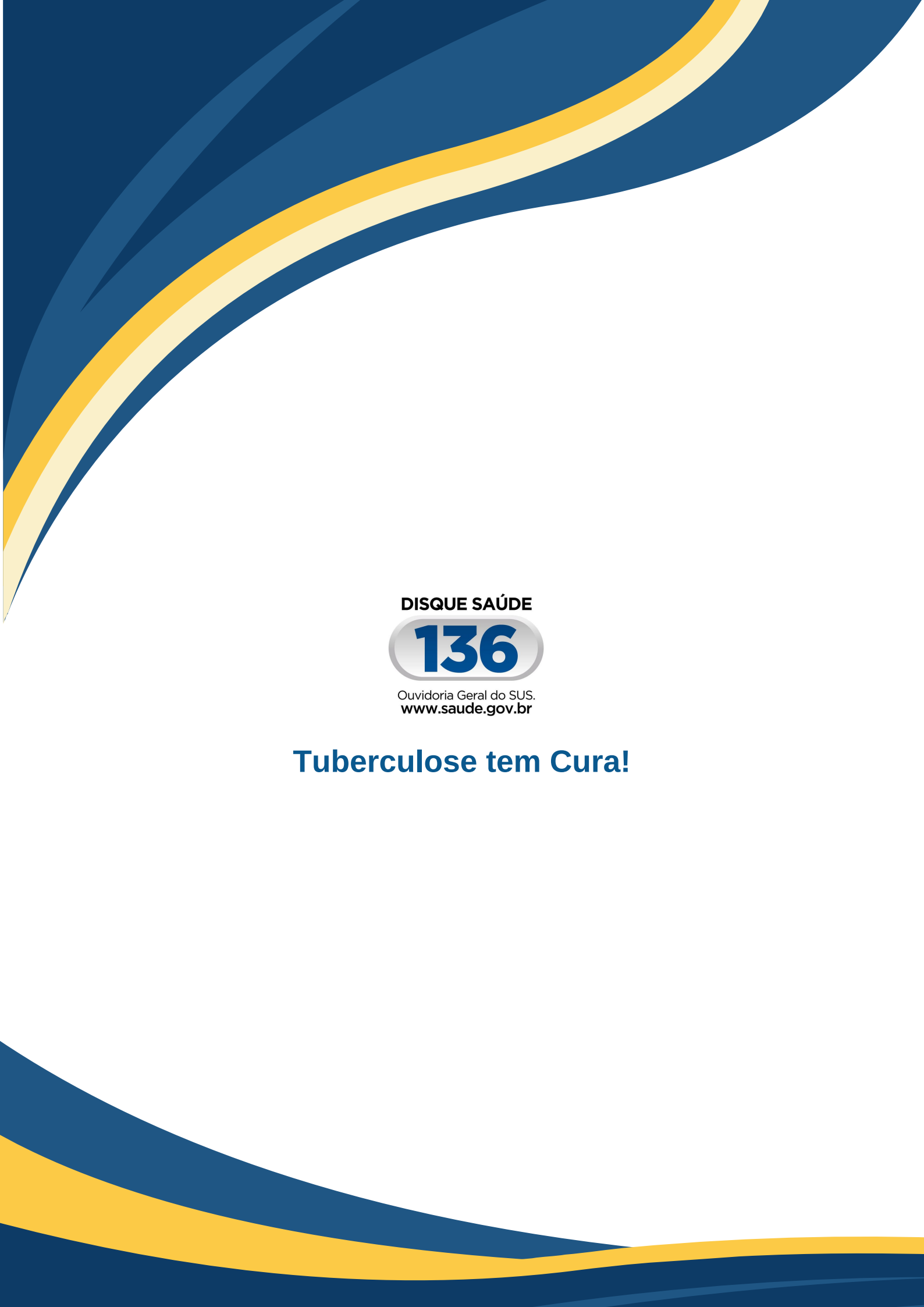
Anexo H

Controle de contatos

CONTROLE DE CONTATOS												
Nome	Idade	Bcg		Exames complementares						Químio		
				Baciloscopia*		Raio x**		Ppd***				
		Sim	Não	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Sim	Não	
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
				/ /		/ /		/ /		/ /		
CONTATO: INTRADOMICILIAR ÁREAS CONFINADAS GRUPOS VULNERÁVEIS												
Notas/observações: _____												

**PARA MAIORES INFORMAÇÕES
ACESSE O MATERIAL**





DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Tuberculose tem Cura!