

Bond in the management of tuberculosis in Primary Health Care: the perspective of health professionals

Melisane Regina Lima Ferreira*
Alexsandra Araújo Santos*
Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas*
Letícia Auxiliadora Fragoso da Silva**
Valéria Moreira da Silva*
Nathalia Halax Orfão*

Abstract

The way in which health units belonging to Primary Health Care (PHC) are organized is considered a potential element in promoting the construction of bond between professionals and tuberculosis (TB) patients. The objective was to analyze the bond TB patients have with the care management in PHC in the city of Porto Velho, RO, from the perspective of health professionals. This is a descriptive, survey-type study, carried out cross-sectionally from a quantitative approach, with nurses, doctors, nursing technicians/assistants and Community Health Agents, through an interview using the dimension concerning bond in the questionnaire Primary Care Assessment Tool (PCATool), which has the Likert scale as response categories, and was analyzed by classifying the average scores as unsatisfactory (values between one and two), regular (around three), or satisfactory (between four and five), after complying with the ethical precepts. 266 health professionals were interviewed, whose perspectives, regardless of the professional category, was generally satisfactory toward bond, in relation to the co-responsibility of TB cases, acceptability and need for incentives, as well as the evaluation of the health team work process. However, it was shown to be regular regarding the stigma of the disease, which makes it difficult to change the teams' work process in order to enhance bilateral relationships. In view of these findings, the need to recognize that TB affects all aspects of life and that the focus of longitudinal care must underlie all other factors related to treatment is identified.

Keywords: Tuberculosis. User Embracement. Professional-Patient Relations. Health Services Research. Primary Health Care.

INTRODUCTION

The way in which health units belonging to Primary Health Care (PHC) are organized is considered a potential element in promoting the construction of bond between professionals and tuberculosis (TB) patients, since it allows

contact between users and families with the service through the decentralization of disease control actions^{1,2}, which facilitates the process of health promotion and disease prevention³.

Thus, strengthening the bond in PHC

DOI: 10.15343/0104-7809.202044433444

* Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Porto Velho/RO, Brasil

** Centro Universitário São Lucas - UniSL. Porto Velho/RO, Brasil

E-mail: melisane1206@gmail.com

is considered a therapeutic resource that expands the effectiveness of TB management, enabling the user to understand the meaning of self-care through listening, dialogue, respect, integrality, humanization, autonomy, and citizenship^{4,5}, which suggests interdependence and depends on how teams are responsible for people's health⁶.

However, the role of PHC as an ordering and care coordinator in the Health Care Network (HCN) and its resolution are questioned, as in the municipality of Porto Velho, in the period from 2014 to 2016, 50.30% of TB diagnoses were made at the tertiary referral service in the state⁷. This could have contributed to the low cure rate (67.4%), the third highest dropout rate (18.6%), and the second lowest rate to perform the Directly Observed Treatment (DOT) (1.3%) in the country⁸. All of this reveals a disconnect between management and health services for the recognition of the registered population, comorbidities in the area, and the influence of social determinants of health, which requires the development of health surveillance actions in health territories through an articulated service-offering network.

A study that sought to describe how the bond has contributed (or not) to the management of TB care in PHC, proved, based on an integrative literature review, that the guidelines regarding the disease, treatment, side effects, and other health problems; being attended by the same professionals; Health education; the operationalization of the DOT; home

visits (HV); training of the interdisciplinary health team; the family and social support network; the supply of inputs and incentives; the importance of Community Health Agents (CHA); as well as the communication with other health services are constituted as potentializing elements for the construction, establishment, and strengthening of the bond. On the other hand, the stigma of the disease; social and psychological problems during treatment, such as drug and alcohol use; difficulties in accessing TB diagnosis and treatment; destruction, fragmentation of services; and failures in the referral and counter-referral system are cited as elements that hinder and do not contribute to the bond created in the management of TB⁹.

This study is justified by the identification that the health actions developed during the management of TB in PHC still occur in a discontinuous and disjointed way between health professionals (horizontal integration) and services (vertical integration) of the HCN, which shows the predominance of a fragmented health care model⁴. In this sense, the importance of identifying bottlenecks in the organization and performance of health services is highlighted, based on the understanding of aspects that hinder the reorientation of practices and services offered for planning and comprehensive care that chronic conditions require, TB being one of these⁹.

Therefore, the aim of this study was to analyze the bond the care management has with TB patients in PHC in the city of Porto Velho, RO, from the perspective of health care professionals.

METHODS

This was a descriptive, survey-type study, carried out cross-sectionally using a quantitative approach, developed in Porto Velho, capital of the state of Rondônia, located in the North of Brazil belonging to the territory of the Legal Amazon.

Currently, the PHC network in the municipality is composed of 17 Basic Health Units (BHU) and 37 Family Health Units (FHU), making a total of 54 health establishments, distributed in urban (20) and rural (33) areas, which are subdivided into land (18) and riverside (15) units, as well as one river mobile unit¹⁰. In this study, only health units distributed in the urban area were considered.

TB care in the city is decentralized to PHC, considered the gateway and the first contact for Respiratory Symptoms (RS) patients. Therefore, in the face of a suspected case of TB, PHC is responsible for the clinical evaluation and request for diagnostic tests to investigate the case, as well as for all care management that involves treatment, such as monthly monitoring and control, DOT, investigation of contacts, and ensuring flow of this patient with the referral services, when necessary.

As for the support network, in the municipality there is only one Extended Nucleus for Family Health and Primary Care (ENFH-PC) and one street office. In addition, it has the support of referral services, on an outpatient basis, for the treatment and monitoring of childhood TB, of co-infected TB/HIV patients, and with the extrapulmonary clinical form; and at the tertiary level, there is support for the treatment of drug-resistant

TB (DR-TB) and in cases of hospitalization due to possible complications, if necessary. As for the laboratory diagnosis, there it the support of a municipal laboratory for sputum smear samples and the performance of the Rapid Molecular Test for TB (TMR-TB), as well as the state laboratory, in charge of analyzing the samples for sputum culture and sensitivity tests.

The study population consisted of health professionals working in 76 Family Health teams (FHT), located in the urban area of the city, including nurses (75), doctors (77), nursing technicians and assistants (188), as well as the CHA (397) who deal with the care management of TB patients in the PHC services.

As inclusion criteria, we used all those who exercised their function for at least 12 months and who had experience in approaching at least one TB case since their graduation/training - not necessarily in the same unit where they worked at the time of the interview. All those who were on vacation and/or leave during the data collection period were excluded.

To calculate the sample of professionals to be interviewed, a survey was carried out of the number of professionals who worked in PHC health services through the National Register of Health Facilities (NRHF). For this, considering the total population of 737 professionals working in these units, the sample's *n* was estimated by the sample calculation formula for a finite population:

$$n = \frac{z_a^2 * N * P * (1 - P)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + z_a^2 * (1 - p)}$$

Therefore, considering an error (ϵ) of 5%, a confidence interval (Z) of 95%, sample proportion (P) of 50% of the population (N=737), 253 professionals needed to be interviewed, based on proportionally dividing each professional category, comprising 136 CHA, 65 nursing technicians/assistants, 26 doctors, and 26 nurses.

For data collection, the Primary Care Assessment Tool (PCATool) questionnaire¹¹ was used as an instrument, which was adequate and validated for Brazil¹² and, later, adapted for TB care¹³. It is emphasized that, in order to meet the objectives of this study, only the bond dimension of the version for health professionals was considered, with 16 issues related to the co-responsibility of TB cases, disease stigma, acceptability and the need for incentives, in addition to the evaluation of the health team's work process.

The instrument categorizes responses according to the Likert scale, with values between zero - for the answer "does not apply"; and from one to five, referring to the degree of preference or agreement with the statements: never, almost never, sometimes, almost always, and always.

Data were collected from May 2018 to February 2019, through individual interviews by appointment and were carried out exclusively at the workplace of these health professionals, safeguarding their privacy. Thus, this study starts from the concept that the bond is a light technology that is fundamental to the consolidation of comprehensive healthcare, by allowing the participation of users as autonomous and empowered subjects for their self-care, with feelings and needs that should be valued by professionals, in order to optimize actions and services aimed at needs and vulnerabilities, with a view to building a new paradigm of care for TB patients.

The collected data were stored in Microsoft's Excel and analyzed using Statsoft's Statistica 13.0 software, through a descriptive analysis. For the analysis of the scores, an average score was determined for each variable that corresponds to the sum of all categories of responses divided by the total number of people interviewed. In a complementary way, the average score of the dimension listed for this study was defined, which corresponds to the sum of all the average scores of the variables, divided by the total number of variables¹³.

The classification of the average scores obtained was performed as follows: unsatisfactory (values between one and two), regular (around three) or satisfactory (between four and five)¹⁴, which made it possible to analyze the bond dimension within the context of PHC in perception of health professionals.

For the dimension listed in this study, two forms belonging to the CHA category had six or more variables answered as "Does not know" and/or "Refuses", which were replaced by "zero", in order to preserve the total number of professionals interviewed and not interfere with the mean scores, whether they are of variables or overall.

Some variables like "E10a. Suffering from some kind of prejudice on the part of the family; E10b. By co-workers; E10c. By friends; E10d. By the unit's health professionals", they were classified inversely on the Likert scale, and the answers "never" or "almost never" were considered a satisfactory classification in relation to "always" or "almost always".

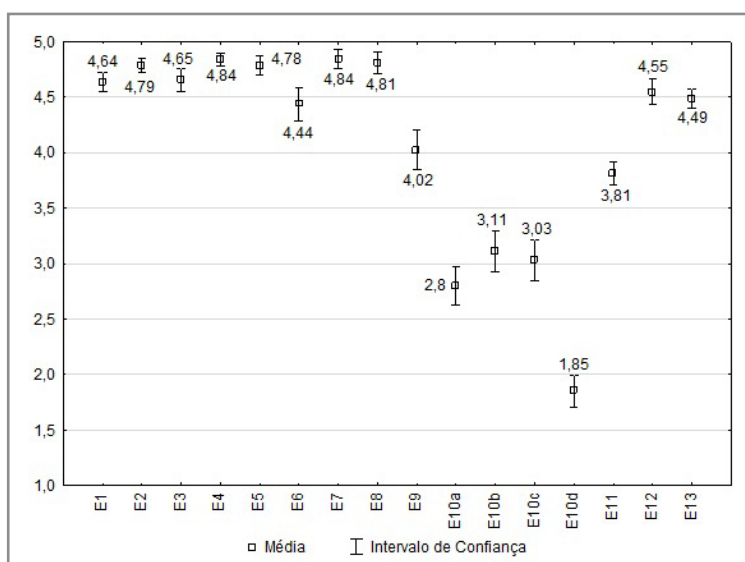
In compliance with the recommendations contained in resolution 466/12 of the National Health Council¹⁵, the project was submitted and approved by the Research Ethics Committee according to opinion number 2.585.934, and the Informed Consent Form (ICF) was delivered in two copies for each interviewee.

RESULTS

401 PHC health professionals from the municipality were approached, of whom 120 were excluded, since, during data collection, 73 had not had experience with at least one TB case since their graduation/training, 29 were on vacation, 14 were on leave, four had not exercised their function for at least 12 months, and there were 15 refusals. A total of 266 health professionals were interviewed.

Regardless of the professional category, the general average score of the bond dimension was considered satisfactory (4.09) from the perspective of health professionals who deal with the management of TB in PHC. Since consultations occur with the same health professional, there is the clarification of doubts about the treatment of TB, understanding of

questions by patients, clarity in answering doubts and making time available for that, concern on the part of professionals with other problems or health needs of TB patients, explanations concerning the drugs used to treat the disease, requests concerning information on other medications used by the patient, and recommendation of services for TB patients. In addition, it was identified from the perspective of professionals that patients do not suffer any prejudice by the health professionals of the unit, there is acceptability and the need for incentives to face the disease and continue treatment, and the health team's assistance to TB patients is well evaluated. On the other hand, the response was regular in relation to prejudice on the part of family, co-workers, and friends (Figure 1).



Legend – E1. Consultations with the same health professional; E2. Clarification of doubts about TB treatment with the same health professional; E3. Understanding of TB patients' doubts/questions by the professionals who care for them; E4. Clarity in answering doubts; E5. Time allocated for the patients to explain their doubts or concerns; E6. Professionals' concern with other health problems or patient needs; E7. Explanation of the drugs used to treat TB; E8. Request for information on other drugs used by the TB patient; E9. Recommendation of services to friends by the TB patient; E10a. Suffering from some kind of prejudice on the part of the family; E10b. By co-workers; E10c. By friends; E10d. By the unit's health professionals; E11. Acceptability of treatment by the TB patient; E12. Need for incentives to face the disease and continue treatment; E13. Evaluation of the health team's assistance to TB patients.
Response categories: 1 - never; 2 - almost never; 3 - sometimes; 4 - almost always; 5 - always.

Figure 1 – Distribution of the mean scores and confidence intervals of the variables of the bond dimension, according to the PHC professionals interviewed from May 2018 to February 2019, Porto Velho, Rondônia, Brazil.

DISCUSSION

Within the context of PHC, the bond is capable of generating mutual cooperation, contributing to access and adherence to treatment, because the fact of being attended by the same professional culminates in feelings of reception, bilateral respect to those who accompany them during consultations, and trust¹⁶. Moreover, they will be more comfortable and feel safe to expose and resolve their doubts, difficulties, and expectations regarding their therapeutic process¹⁷⁻¹⁹, offering continuity of care beyond the disease and meeting other users' needs⁷.

Effective communication with a focus on subjectivity allows the creation of an environment so that the patient can reflect on their suffering, recognize the importance of continuity of treatment, risks, and side effects¹⁶, as well as assuming their role as a protagonist and those co-responsible for their health^{14,19}. However, it is still questioned how the guidelines are being carried out regarding possible drug interactions that may impair the efficacy of treatment for TB, given the number of hospitalizations at the tertiary level for complications of the disease.

During data collection, it was identified that some professionals were divided in some opinions regarding the co-responsibility of the cases, when they affirmed that it occurred even in the face of barriers, such as the reception that should be more careful and organized, since some professionals made it difficult; the thought that the units do not omit care, but the patient should be responsible for their own search; and that certain approaches embarrass the patient during diagnosis and treatment.

This goes against a study⁷, which asks

whether TB patients, in addition to having their doubts heard and answered, were considered in their silence, since the difficulties, fear or shame of expressing themselves - most of the times caused by power relationship established by the knowledge holder/ professional - resulted in their passivity in self-care.

Some professionals during the interviews, mostly nursing technicians/assistants and CHA, stated that the questions should be directed to nurses and/or doctors, especially those related to monitoring, guidance, and questions about medications and other health problems. Others stated that questions regarding guidelines for doubts and questions should be given to users.

This reveals the view of the performance of these professionals particularly focused on the biological and critical situations of the disease and treatment, without taking into account health actions for the promotion and prevention of TB, in addition to exempting themselves from the responsibility of being the facilitator of the care process and a member of the team responsible for cases and surveillance of diseases, such as TB.

Regarding the recommendation of the services for a friend to be attended to, a satisfactory result was identified in this study for all professional categories of the FHt, which demonstrates that longitudinal responsibility for the user occurs with continuity of professional/team/health unit-user relationships, regardless of the presence or absence of the disease³. This generates a feeling of resoluteness and, consequently, dissemination of health actions and their results obtained to the community.

An example of this refers to a FHU located

close to the riverside community of the municipality, which experienced the impacts of the flood on the bed of the Madeira River in 2014, interfering in the daily life and health of the population close to that place, forcing them to live in shelters with conditions of poor sanitation and subsistence. According to the professionals of this unit, some of these people, for having become more vulnerable to infection and, consequently, for having acquired TB while surviving/living in places distant from the unit, continued treatment with the unit team, in addition to recommending services to family and friends. This reflects the establishment of bond and co-responsibility between professionals and the community, as well as the longitudinal focus of care.

For this accountability to be efficient, it is necessary that FHT professionals recognize their role within PHC as they are inserted as those responsible for TB cases. In some interviews, professionals reported the difficulty of knowing whether the bond is created due to the incentive of other professionals seeking other health units or even referral services for treatment, which can delay the diagnosis and start of medication intake, worsen health status, and culminate in unfavorable outcomes.

Considering the regular score related to the stigma of the disease by the family, co-workers and friends, it was possible to identify the persistence of the social and exclusive content of TB patients, which is a problem surrounded by taboos and beliefs of a symbolic nature bound by stigmas and prejudices^{6,20}. This causes suffering and negative impacts on self-esteem, emotional disorders, and barriers to adherence to treatment by TB patients^{16,21}.

In this sense, it can be seen how the stigma of the disease influences the bond due to

some practices within the family, work, and circle of friends, especially with regard to the wrong forms of precaution against contagion and the lack of understanding of the disease, which interferes with the individual's social, economic, and spiritual dimensions²², and highlights the need for health education about TB²³.

Some professionals stated that questions related to TB stigma should be directed to patients to answer, as they did not know their friends, co-workers, and some family members, which questions the extent to which professionals address other aspects besides TB, recognizing that it is part of the care process. This reflects the way the teams act in health education activities with the family and community regarding TB, in order to minimize the stigma about the disease.

In this perspective, it is evident that the support and participation of the family in coping with the disease helps to strengthen the bond, adherence to treatment, change of habits, emotional comfort and encouragement for the progress of treatment^{6,21}, but this should not exempt health professionals from their own support responsibilities²⁴.

As for coworkers and friends, studies indicate that the stigma of TB is high within the community in general and, because of this, some patients do not reveal their clinical condition to any member of their social circle - work, leisure - for fear discrimination in relation to the patients themselves and/or their families, losing their jobs and social isolation²⁴. This questions the extent to which the community understands what TB is and how the FHT could intervene in these cases.

Even the satisfactory variable related to the stigma of TB by health professionals, most of them in the study reported that "almost never" or "never" have TB patients

suffered prejudice by the professionals of the unit, especially those responsible for their reception. However, during the data collection, some speeches were divergent from such findings were found, which characterize the stigma by health professionals due to the lack of TB prevention and contagion actions, segregating and reductionist attitudes, which reflect the lack of self-criticism as the stigma persists in the treatment today. This shows a socially imposed distance between the patient and the professional, in addition to looking at the others and not at oneself.

The acceptability of TB treatment by patients was considered satisfactory in this study. However, some risk factors for unfavorable outcomes were highlighted by health professionals in the interviews, such as alcoholism, drug addiction, low income, comorbidities, homeless people, or TB/HIV co-infection, which questions how actions have been carried out that contribute to providing access to health services. This is mainly because these are risk groups for the contagion of the disease when compared to the general population, as well as the availability of incentives, such as basic food baskets and transportation vouchers, to strengthen adherence and disease control.

During the collection, some professionals reported the growing number of abandonment cases as a reflection of the care provided, due to the lack of incentives for patients, such as psychosocial support, especially to drug users, alcoholics and homeless people, insufficient information during treatment, and difficulty in monitoring patients from areas not included in the coverage area of the Family Health Strategy (FHS). This contrasts with the satisfactory findings of this study for the bonding factor, since, according to the professionals' statements, it is possible

to identify the impact on PHC to that extent as it fails to fulfill their responsibilities and resolutions.

It is questioned the way that the units have communicated with the support network of the municipality, especially the ENFH-PC and the street office. Since the municipality has unsatisfactory operational indicators, their deficiencies, in the view of the professionals, make it difficult to monitor the cases by a multiprofessional team that develops the actions in the community and that requires intersectorality and shared case management.

In addition, the disease is still recognized as neglected, particularly due to the flaws of actions that should be aimed at addressing the social determinants that accompany it⁸, such as socioeconomic and cultural factors, living and working conditions, availability of food, social security, population behaviors, and barriers to the adoption of a healthy lifestyle^{25,26}. Through the improvement of services offered in the HCN, such as the expansion of decentralized services, allow the implementation of DOT and optimization of the flow of referral and counter-referral.

An example of this is the operationalization of the DOT, which could contribute to the cure and abandonment rates, in addition to the availability of incentives to expand the therapeutic possibilities²². This suggests the reorientation of care models practiced in the reality of PHC health services towards the management of TB cases, since it is the sick individuals who suffer from the flaws of the public system with greater frequency and intensity²⁷.

Most professionals during data collection, stated that TB patients accept treatment, but that for this it is necessary to offer incentives to face the disease and continue therapy, as well as the focus on the family and the control

of contacts. This should be done by the FHT who, in many moments of the interview, had stigmatizing statements against the disease, in addition to not feeling responsible for TB surveillance and control actions in the community, in families, and with the patients themselves.

According to the Ministry of Health (MH), for the continuity of treatment, social incentives must be identified and guaranteed to TB patients²⁸, which was observed in two studies that demonstrate that the provision of incentives, such as coffee kits in the morning, basic food baskets and milk^{29,30}, contribute to adherence to the treatment of the disease, considering the socially vulnerable state of the TB patient and his family, as well as the individual's own condition.

In the municipality, even though social incentives were not offered to TB patients, it was observed that some professionals reported that, acting independently, they organized themselves as a team to provide breakfast to some patients undergoing treatment, as an opportunity to perform the DOT treatment. Others daily provided private transport, especially for cases diagnosed as DR-TB, which demonstrates the concern with the bond formed, confidence building, and insertion as an integral and responsible part of the care from the individual and collective point of view.

Considering the support groups of TB patients as other support activities for adherence²⁸, it was observed that PHC did not do them. Some professionals justified this on the grounds of non-adherence/attendance of patients on the days of the group, focusing on the health of woman and children, in addition to the unavailability of a professional to carry it out. This demonstrates the obstacles that permeate the offer of individual and collective health

education actions, and this influences access to information, participation, exchange of experiences and, consequently, the way in which the patient is inserted and perceives his role in the health-disease process.

The health team's care for TB patients was considered satisfactory from the perspective of the PHC FHT professionals in the city. However, during the interviews, it was possible to identify at various times that the "optimal" service referred to by the nursing technicians/assistants and CHA was that performed by the nurse or doctor. This questions how the surveillance of the FHT activities and actions have been performed, the way other professionals see their work process, how much they feel part of the team and act as such to justify possible dissatisfaction, as well as the centrality of care based on biological and medicinal aspects, all contributing to the flaws of teamwork.

It is emphasized that the teamwork within the FHS proposal is important for the strengthening and monitoring of disease control measures. Moreover, because of difficulties in the workplace, such as work overload, few spaces for training procedures in view of permanent education in health associated with the hegemonic and fragmented health model, the teamwork process is affected⁷.

Such aspects were cited by some of the professionals interviewed, except for the frequency of trainings offered by PHC teams, which, although they are constantly offered by the (municipal and state) health departments, some professionals, mainly technicians, nursing assistants and ACS, said that due to work overload and extramural activities, they were unable to participate in these times for learning and updating. This was especially the case for those who had more than one job, as happens with most

professionals in the studied scenario.

These professionals also identified the need for constant updates and activities to raise awareness about TB, as well as the importance of health education, when claiming that their routine promotes outdated TB management and often “forgets” about the disease. Others pointed out that there is a neglect and flaw in offering these updates for TB control to all professionals in health units, such as the fact that they are not released from their service to attend and that there is a focus only on treatment and not on health promotion and prevention of health problems.

However, it is questioned how the multiplication of training within teams by those who participated has been carried out, and what they do to change a model of care that is often based only on the treatment

of the disease. It is worth mentioning that even though the training offered for the FHT is offered, the fact that only making more vacancies available to favor the inclusion of more professionals in the qualification processes, will not solve the challenges of TB since it is still based upon the a fragmented flexner model and focused on biological and technical aspects³¹.

These issues limit TB control in PHC services, since there are flaws in the involvement of professionals in the actions recommended by the TB Control Program, due to the compartmentalized performance focused on a single professional⁴, routinely the nurse. This is reflected in vertical and centralized actions, considering the number of weekly hours of the PHC teams, extensive territorial areas, and the distance between the patients' residence and the unit.

CONCLUSION

The results highlighted in this study allow for analyzing the quality of health action performance. Moreover, there are situations within the management of TB in PHC that characterize the existence of a bond in general, although not homogeneously, from the perspective of health professionals. Even though the dimension was categorized as satisfactory, the experience obtained in the fields and in the interviews, in addition to the epidemiological indicators observed in the municipality, point to a divergence between the professionals' perception and what actually occurs in practice.

Considering the regular classification in relation to stigma by the family, co-workers and friends, it was observed that in these cases the

professionals answered the questions without taking into account self-criticism concerning the persistence of the stigma in the treatment today. This demonstrates their looking at others and not at themselves, which makes it difficult to change the teams' work process in order to enhance bilateral relations.

This study is limited by not having evaluated the perceptions of TB patients and managers and can be complemented by studies that include these perspectives, in order to analyze the difficulties and facilities in accessing and adhering to treatment. It is important to recognize that TB affects all aspects of life and that the focus of longitudinal care must underlie all other factors related to treatment.

REFERENCES

1. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 13 fev 2020];70(6):1227-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>
2. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2020];20(1):161-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>
3. Marquieviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht LA. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 05 fev 2020];18(1):265-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027>
4. Andrade RPS, Maia VF, Queiroz RF, Carreiro GSP, Villa TCS, Pinto ESG. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [acesso em 05 fev 2020]; 8:4826-4832. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863>
5. Furlan MCR, Santos Júnior AG, Marcon SS. O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. *Rev enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2017 [acesso em 13 fev 2020];7:e1934. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1934>
6. Souza KMJS, Sá LD, Silva LMC, Palha P. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2020];48(5):874-882. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000014>
7. Silva LT, Felipini MCC, Oliveira TB, Brunello MEF, Orfão NH. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Rev Epidemiol Controle Infecç* [Internet]. 2019 [acesso em 02 fev 2020];9(1):48-54. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet]. 2019. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>
9. Ferreira MRL, Santos AA, Orfão NH. O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2019 [acesso em 08 set 2020];32:9540. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9540>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. [Internet]. 2018 [acesso em 08 set 2020]. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 726p.
12. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e o desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006
13. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J bras pneumol* [Internet]. 2009 [acesso em 29 nov 2019];35(6):610-612. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>
14. Ponce MAS, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSG, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 29 nov 2019];19(5):1222-1229. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500021>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet] 2012; 12 dez. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2020];12:1028-35. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4408/3364>
17. Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Acesso e vínculo ao tratamento da tuberculose na atenção primária em saúde. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev 2020];8(4):5143-5149. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5143-5149>
18. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2020];13(4):784-793. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11870/1/2012_art_janogueira.pdf
19. Sousa TF, Souza FBA, Carvalho FC, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Estratégia saúde da família e a construção do vínculo no controle da tuberculose pulmonar na Rocinha-RJ. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2015 [acesso em 04 fev 2020]; 7(2):2336-2348. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2336-2348>
20. Rocha DDS, Adorno RDCF. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2020];21(1):232-245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100022>
21. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2020];45(esp. 2):1656-1660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800003>
22. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 04 fev 2020];43(2):365-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200016>
23. Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliar. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 13 fev 2020];23(3):350-354. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4289>
24. Lewis CP, Newell JN. Improving tuberculosis care in low income countries - a qualitative study of patients understanding of "patient support" in Nepal. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [acesso em 13 fev 2020];9:190. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-190>
25. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 -

prospecção estratégica do sistema de saúde Brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;2:19-38.

26. Ferreira MRL, Bonfim RO, Siqueira TC, Orfão NH. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp [Internet]*. 2018 [acesso em 04 fev 2020];7(1):63-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1579>

27. Arakawa T, Magnabosco GT, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Ruffino-Netto A et al. Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2017 [acesso em 13 fev 2020];51(23):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006553>.

28. 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. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

29. Beraldo AA, Andrade RLP, Orfão NH, Silva-Sobrinho RA, Pinto ÉSC, Wysocki AD et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2017 [acesso em 10 fev 2020];21(4):e20170075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0075> [Artigo em português].

30. Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *J bras pneumol [Internet]*. 2011 [acesso em 05 fev 2020];37(2):223-231. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000200013>

31. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. *Rev Lat-Am Enferm [Internet]*. 2011 [acesso em 10 fev 2020];19(2):09 telas. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf

Received in february 2020.
Accepted in september 2020.

Vínculo no manejo da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: ótica dos profissionais de saúde

Melisane Regina Lima Ferreira*
Alexsandra Araújo Santos*
Jeanne Lúcia Gadelha de Freitas*
Letícia Auxiliadora Fragoso da Silva**
Valéria Moreira da Silva*
Nathalia Halax Orfão*

Resumo

O modo como as unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária à Saúde (APS) se organizam é considerado um elemento potencial em promover a construção de vínculo entre profissionais e doentes de tuberculose (TB). Objetivou-se analisar o vínculo para o manejo do cuidado ao doente de TB na APS no município de Porto Velho-RO, na percepção dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal a partir de abordagem quantitativa, com enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, por meio de entrevista utilizando a dimensão referente ao vínculo do questionário *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, que possui a escala Likert como categorias de respostas, e analisados pela classificação da média dos escores em insatisfatório (valores entre um e dois), regular (próximo a três) ou satisfatório (entre quatro e cinco), após atendidos os preceitos éticos. Foram entrevistados 266 profissionais de saúde, cuja percepção, independentemente da categoria profissional, foi satisfatória de modo geral para o vínculo, em relação à corresponsabilização dos casos de TB, aceitabilidade e necessidade de incentivos, além da avaliação do processo de trabalho da equipe de saúde, no entanto, mostrou-se regular quanto ao estigma da doença, o que dificulta mudanças no processo de trabalho das equipes de forma a potencializar as relações bilaterais. Diante desses achados, identifica-se a necessidade de reconhecer que a TB afeta todos os aspectos de vida e que o foco do cuidado longitudinal deve estar subjacente a todos os outros fatores relacionados ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose. Acolhimento. Relações Profissional-Paciente. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O modo como as unidades de saúde pertencentes à Atenção Primária à Saúde (APS) se organizam é considerado um elemento potencial em promover a construção de vínculo entre profissionais e doentes de tuberculose (TB), uma vez que permite o contato dos usuários e das famílias

com o serviço por meio da descentralização das ações de controle da doença^{1,2}, o que facilita o processo de promoção da saúde e prevenção de agravos³.

Assim, o fortalecimento do vínculo na APS é considerado um recurso terapêutico que amplia a eficácia do manejo da TB,

DOI: 10.15343/0104-7809.202044433444

* Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Porto Velho/RO, Brasil

** Centro Universitário São Lucas – UniSL. Porto Velho/RO, Brasil
E-mail: melisane1206@gmail.com

possibilitando que o usuário entenda o significado do autocuidado por meio da escuta, diálogo, respeito, integralidade, humanização, autonomia e cidadania^{4,5}, o que sugere uma interdependência e depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde das pessoas⁶.

No entanto, questiona-se o papel da APS enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua resolutividade, visto que, no município de Porto Velho, no período de 2014 a 2016, 50,30% dos diagnósticos de TB foram realizados no serviço de referência terciária do estado⁷, o que pode contribuir com a baixa taxa de cura (67,4%), terceira maior taxa de abandono (18,6%) e segunda menor taxa para realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (1,3%) do país⁸, revelando uma desarticulação entre gestão e serviços de saúde para o (re)conhecimento da população adscrita, comorbidades na área e a influência dos determinantes sociais de saúde, o que requer o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde nos territórios sanitários por meio de uma rede articulada de oferta de serviços.

Um estudo que buscou descrever como o vínculo tem contribuído (ou não) para o manejo do cuidado da TB na APS, evidenciou, com base em uma revisão integrativa da literatura, que as orientações a respeito da doença, do tratamento, de efeitos colaterais e de outros problemas de saúde; ser atendido pelos mesmos profissionais; educação em saúde; a operacionalização do TDO, visitas domiciliares (VD); capacitações e treinamentos da equipe de saúde interdisciplinar; a

família e rede de apoio social; a oferta de insumos e incentivos, a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); bem como a articulação com outros serviços de saúde se constituem como elementos potencializadores para a construção, estabelecimento e fortalecimento do vínculo. Por outro lado, o estigma da doença; problemas sociais e psicológicos durante o tratamento, tais como o uso de drogas e álcool; dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB; desestruturação, fragmentação dos serviços, e falhas no sistema de referência e contrarreferência são citados como elementos dificultadores e que não contribuem para o vínculo no manejo da TB⁹.

Este estudo justifica-se pela identificação de que as ações de saúde desenvolvidas durante o manejo da TB na APS ainda ocorrem de maneira descontínua e desarticulada entre os profissionais de saúde (integração horizontal) e serviços (integração vertical) da RAS, o que evidencia a predominância de um modelo de saúde fragmentado e assistencial⁴. Neste sentido, destaca-se a importância da identificação dos pontos de estrangulamento na organização e desempenho dos serviços de saúde, a partir da compreensão de aspectos que dificultam a reorientação de práticas e ofertas de serviços para o planejamento e integralidade da assistência que as condições crônicas exigem, dentre elas, a TB⁹.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o vínculo para o manejo do cuidado ao doente de TB na APS no município de Porto Velho - RO, na percepção dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo inquérito, realizado de forma transversal a partir de abordagem quantitativa, desenvolvido em Porto Velho, capital do estado de Rondônia, localizado na Região Norte do país e pertencente ao território da Amazônia Legal.

Atualmente, a rede da APS do município é composta por 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 37 Unidades de Saúde da Família (USF), perfazendo um total de 54 estabelecimentos de saúde, distribuídas na zona urbana (20) e rural (33), sendo estas, subdivididas em unidades terrestres (18) e ribeirinhas (15), bem como uma unidade móvel fluvial¹⁰. Neste estudo, foram considerados somente as unidades de saúde distribuídas na zona urbana.

A atenção à TB no município é descentralizada para a APS, considerada porta de entrada e o primeiro contato para os Sintomáticos Respiratórios (SR). Neste sentido, diante de um caso suspeito de TB, a APS é responsável pela avaliação clínica e solicitação dos exames diagnósticos para investigação do caso, bem como por todo manejo do cuidado que envolve o tratamento, tais como acompanhamento e controle mensal, TDO, investigação dos contatos e garantia de fluxo deste doente com os serviços de referência, quando necessário.

Como rede de apoio, no município existe apenas um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e um consultório de rua. Além disso, conta com o suporte de serviços de referência, em nível ambulatorial, para o tratamento e acompanhamento da TB infantil, dos doentes coinfectados TB/HIV e com a forma clínica extrapulmonar; e no nível terciário, para o tratamento de TB drogarresistente (TB-DR) e nos casos de internação por possíveis complicações, se necessário. Já para o

diagnóstico laboratorial, conta com o apoio de um laboratório municipal para as amostras de baciloscopia de escarro e realização do Teste Molecular Rápido para a TB (TMR-TB), e do laboratório estadual, encarregado das análises das amostras para cultura de escarro e teste de sensibilidade.

A população de estudo foi constituída pelos profissionais de saúde que atuam nas 76 equipes de Saúde da Família (eSF), implantadas na zona urbana do município, dentre eles enfermeiros (75), médicos (77), técnicos e auxiliares de enfermagem (188), bem como os ACS (397) que lidam com o manejo do cuidado aos doentes de TB nos serviços da APS.

Como critérios de inclusão utilizou-se todos aqueles que exerciam sua função por pelo menos 12 meses e que possuíam experiência na abordagem de pelo menos um caso de TB desde sua formação – não necessariamente na mesma unidade em que atuavam no momento da entrevista. Foram excluídos todos aqueles que estavam de férias e/ ou licença durante o período de coleta de dados.

Para o cálculo da amostra de profissionais a serem entrevistados, realizou-se um levantamento do número de profissionais que atuavam nos serviços de saúde da APS por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para tal, considerando-se a população total de 737 profissionais atuantes nestas unidades, o n amostral foi estimado pela fórmula de cálculo amostral para população finita:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * N * P * (1 - P)}{\varepsilon^2 * (N - 1) + z_{\alpha}^2 * (1 - p)}$$

Neste sentido, considerando um erro (ϵ) de 5%, um intervalo de confiança (Z) de 95%, proporção amostral (P) de 50% da população (N=737), 253 profissionais deveriam ser entrevistados, a partir da partilha proporcional definida para cada categoria profissional, sendo 136 ACS, 65 técnicos/ auxiliares de enfermagem, 26 médicos e 26 enfermeiros.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento, o questionário *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*¹¹, o qual foi adequado e validado para o Brasil¹² e, posteriormente, adaptado para a atenção à TB¹³. Ressalta-se que, a fim de atender os objetivos deste estudo, considerou-se apenas a dimensão vínculo da versão para profissionais de saúde, com 16 questões relacionadas à corresponsabilização dos casos de TB, estigma da doença, aceitabilidade e necessidade de incentivos, além da avaliação do processo de trabalho da equipe de saúde.

O instrumento possui como categorias de respostas apresentadas segundo a escala de Likert, com os valores entre zero – para a resposta “não se aplica”; e de um a cinco, referente ao grau de relação de preferência ou concordância com as afirmações: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

Os dados foram coletados no período de maio de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de entrevista individual mediante agendamento prévio e realizados, exclusivamente, no local de trabalho destes profissionais de saúde, resguardando a privacidade dos mesmos. Sendo assim, este estudo parte do conceito de que o vínculo se constitui como uma tecnologia leve fundamental à consolidação da integralidade à saúde, por permitir a participação dos usuários como sujeitos autônomos e empoderados para o autocuidado, com sentimentos e necessidades que devem ser valorizadas pelos profissionais, a

fim de otimizar as ações e serviços direcionadas às necessidades e vulnerabilidades, tendo em vista a construção de um novo paradigma de cuidado aos doentes de TB.

Os dados coletados foram armazenados no Excel, da Microsoft e analisados a partir do software Statistica 13.0, da Statsoft, por meio de análise descritiva. E, para análise dos escores, determinou-se um escore médio para cada variável que corresponde à somatória de todas as categorias de respostas dividido pelo total de pessoas entrevistadas. De modo complementar, foi definido o escore médio da dimensão elencada para este estudo, que corresponde à somatória de todos os escores médios das variáveis, dividido pelo total de variáveis¹³.

A classificação dos escores médio obtidos foi realizada da seguinte maneira: insatisfatória (valores entre um e dois), regular (próximo a três) ou satisfatória (entre quatro e cinco)¹⁴, as quais possibilitaram analisar a dimensão vínculo dentro do contexto da APS na percepção dos profissionais de saúde.

Para a dimensão elencada neste estudo, dois formulários pertencentes à categoria dos ACS possuíam seis ou mais variáveis respondidas como “Não sabe” e/ou “Recusa”, as quais foram substituídas por “zero”, a fim de preservar o número total de profissionais entrevistados e não interferir nas médias dos escores, sejam elas das variáveis ou geral.

Algumas variáveis como “E10a. Sofrimento de algum tipo de preconceito por parte da família; E10b. Pelos colegas de trabalho; E10c. Pelos amigos; E10d. Pelos profissionais de saúde da unidade”, foram classificadas de forma inversa na escala Likert, sendo que as respostas “nunca” ou “quase nunca” tiveram uma classificação satisfatória em relação à “sempre” ou “quase sempre”.

Atendendo as recomendações contidas na

resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme

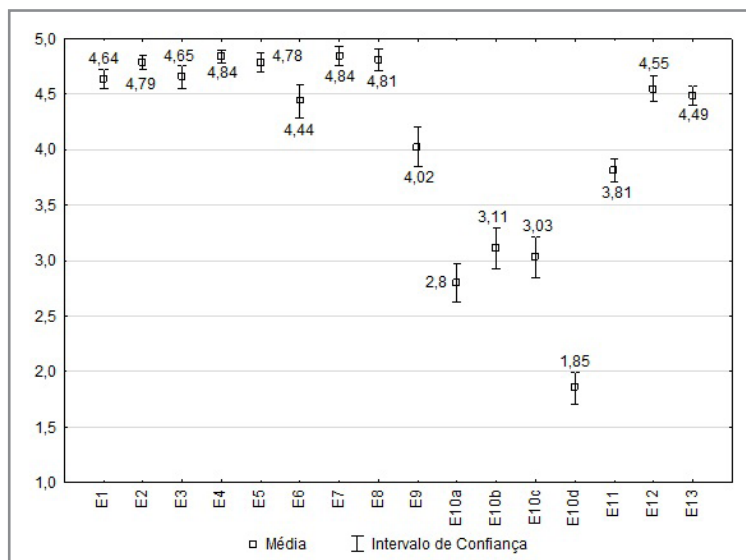
número de parecer 2.585.934, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue em duas cópias para cada entrevistado.

RESULTADOS

Foram abordados 401 profissionais de saúde da APS do município, dos quais 120 foram excluídos, uma vez que, durante a coleta de dados, 73 não haviam tido experiência com pelo menos um caso de TB desde sua formação, 29 estavam de férias, 14 estavam de licença e quatro por não exercerem sua função há pelo menos 12 meses. Além disso, houveram 15 recusas e ao total, foram entrevistados 266 profissionais de saúde.

Independentemente da categoria profissional, o escore médio geral da dimensão vínculo foi considerado satisfatório (4,09) na perspectiva dos profissionais de saúde que lidam com o manejo da TB na APS, uma vez que as consultas ocorrem com o mesmo profissional de saúde; há o esclarecimento das dúvidas sobre o tratamento da TB, compreensão dos questionamentos pelos doentes, clareza ao

responder as dúvidas e disponibilização de tempo suficiente para isso; preocupação por parte dos profissionais com outros problemas ou necessidades de saúde dos doentes de TB; explicações sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da doença; solicitação de informações sobre outros medicamentos utilizados pelo doente; e recomendação dos serviços pelos doentes de TB. Além disso, identificou-se na ótica dos profissionais, que os doentes não sofrem preconceito pelos profissionais de saúde da unidade; ocorre a aceitabilidade e a necessidade de incentivos para enfrentar a doença e continuar o tratamento, sendo bem avaliado o atendimento pela equipe de saúde aos doentes de TB. Por outro lado, mostrou-se regular em relação ao preconceito por parte da família, colegas de trabalho e amigos (Figura 1).



Legenda - E1. Consultas com o mesmo profissional de saúde; E2. Esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento da TB com o mesmo profissional de saúde; E3. Compreensão das dúvidas/questionamentos dos doentes de TB pelos profissionais que os atendem; E4. Clareza em responder as dúvidas; E5. Tempo destinado para o doente expor suas dúvidas ou preocupações; E6. Preocupação dos profissionais com outros problemas de saúde ou necessidades do doente; E7. Explicação sobre os medicamentos utilizados para o tratamento da TB; E8. Solicitação de informações sobre outros medicamentos utilizados pelo doente de TB; E9. Recomendação dos serviços a amigos pelo doente de TB; E10a. Sofrimento de algum tipo de preconceito por parte da família; E10b. Pelos colegas de trabalho; E10c. Pelos amigos; E10d. Pelos profissionais de saúde da unidade; E11. Aceitabilidade do tratamento pelo doente de TB; E12. Necessidade de incentivos para enfrentar a doença e continuar o tratamento; E13. Avaliação do atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB.
Categorias de respostas: 1 - nunca; 2 - quase nunca; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre.

Figura 1 – Distribuição das médias dos escores e intervalos de confiança das variáveis da dimensão vínculo, de acordo com os profissionais da APS entrevistados no período de maio de 2018 a fevereiro de 2019, Porto Velho, Rondônia, Brasil.

DISCUSSÃO

Dentro do contexto da APS, o vínculo é capaz de gerar cooperação mútua, contribuindo para o acesso e adesão ao tratamento, visto que o fato de ser atendido pelo mesmo profissional culmina em sentimentos de acolhimento, respeito bilateral àquele que o acompanha durante as consultas e confiança¹⁶, uma vez que ficarão mais à vontade e seguros para expor e solucionar suas dúvidas, dificuldades e expectativas a respeito do seu processo terapêutico¹⁷⁻¹⁹, ofertando a continuidade do cuidado além da doença e atendendo outras necessidades dos usuários⁷.

A comunicação eficaz com enfoque na subjetividade permite a criação de um ambiente para que o doente possa refletir seu sofrimento, (re)conhecer a importância da continuidade do tratamento, os riscos e efeitos colaterais¹⁶, bem como assumir seu papel como sujeito protagonista e corresponsável pela sua saúde^{14,19}. No entanto, ainda se questiona como vem sendo realizado as orientações quanto às possíveis interações medicamentosas que podem prejudicar a eficácia do tratamento para a TB, visto a quantidade de internações em nível terciário por complicações da doença.

Durante a coleta de dados, identificou-se que alguns profissionais se dividiam em algumas opiniões a respeito da corresponsabilização dos casos, ao afirmarem que ocorria mesmo diante de barreiras, a exemplo do acolhimento que deveria ser mais criterioso e organizado, uma vez que alguns profissionais o dificultavam; do pensamento de que as unidades não omitem o atendimento, mas o doente deveria ser o responsável pela sua busca; e que certas abordagens ocasionam constrangimento ao doente durante o diagnóstico e tratamento.

Isto vai de encontro a um estudo⁷, que questiona se os doentes de TB, além de terem suas dúvidas escutadas e respondidas, foram

considerados em seu silêncio, uma vez que as dificuldades, medo ou vergonha de se expressar – na maioria das vezes ocasionada pela relação de poder estabelecida pelo detentor de conhecimento/profissional, resultou em sua passividade no autocuidado.

Alguns profissionais durante as entrevistas, em sua maioria técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS, afirmavam que as perguntas deveriam ser direcionadas ao enfermeiro e/ou médico, principalmente às relacionadas ao acompanhamento, orientações e perguntas sobre medicamentos e outros problemas de saúde. Outros afirmavam que as perguntas referentes às orientações para as dúvidas e questionamentos deveriam ser feitas aos usuários.

Isto revela o olhar para a atuação destes profissionais particularmente voltado às situações biológicas e críticas da doença e tratamento, sem levar em conta ações em saúde para a promoção e prevenção da TB, além de se eximir da responsabilidade em ser o facilitador do processo do cuidado e membro integrante da equipe responsável pelos casos e vigilância dos agravos, tal como a TB.

Em relação a recomendação dos serviços para um(a) amigo(a) ser atendido, identificou-se neste estudo um resultado satisfatório para todas as categorias profissionais da eSF, o que demonstra que ocorre a responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade das relações profissional/equipe/unidade de saúde-usuário, independentemente da presença ou ausência da doença³, o qual gera um sentimento de resolutividade e, conseqüentemente, divulgação das ações de saúde e seus resultados obtidos à comunidade.

Um exemplo disto se refere a uma USF localizada próxima à comunidade ribeirinha do município, que vivenciou os impactos da cheia

no leito do Rio Madeira, ocorrida no ano de 2014, a qual interferiu no cotidiano e na saúde da população próxima ao local, as obrigando a viver em abrigos com condições precárias de saneamento e subsistência. De acordo com os profissionais desta unidade, algumas destas pessoas, por terem se tornado mais vulneráveis à infecção e, conseqüentemente, por terem adquirido TB, mesmo (sobre)vivendo em locais distantes da unidade, continuaram o tratamento com a equipe da unidade, além de recomendarem os serviços à familiares e amigos, o que reflete o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre profissionais e a comunidade, bem como o enfoque longitudinal do cuidado.

Para que esta responsabilização seja eficiente, é necessário que os profissionais da eSF (re)conheçam seu papel dentro da APS na medida em que está se insere como responsável pelos casos de TB, uma vez que em algumas entrevistas, os profissionais relatavam a dificuldade de se atingir o vínculo por conta do incentivo de outros profissionais a procurar outras unidades de saúde ou até mesmo serviços de referência para o tratamento, o que pode retardar o diagnóstico e início da ingesta medicamentosa, agravar o estado de saúde e culminar em desfechos desfavoráveis.

Considerando o escore regular relacionado ao estigma da doença pela família, colegas de trabalho e amigos, foi possível identificar a persistência do teor social e excludente da TB, que é um agravo envolto de tabus e crenças de natureza simbólica cercada de estigmas e preconceitos^{6,20}, o que, para o doente de TB, gera sofrimento e impactos negativos, tais como na autoestima, transtornos emocionais e entraves para a adesão ao tratamento^{16,21}.

Neste sentido, verifica-se como o estigma da doença influencia no vínculo devido a algumas práticas dentro da família, trabalho e círculo de amigos, principalmente no que se

refere às formas equivocadas de precaução contra o contágio e à falta de compreensão da doença, o que interfere nas dimensões sociais, econômicas e espirituais do indivíduo²², e ressalta a necessidade de educação em saúde sobre a TB²³.

Alguns profissionais afirmavam que as perguntas relacionadas ao estigma da TB deveriam ser direcionadas para os doentes responderem, pois não conheciam os amigos, colegas de trabalho e alguns familiares, o que questiona até que ponto os profissionais abordam sobre outros aspectos além da TB, reconhecendo como parte do processo de cuidado, o qual reflete no modo que as equipes atuam nas ações de educação em saúde com a família e comunidade a respeito da TB, a fim de minimizar o estigma sobre a doença.

Nesta perspectiva, evidencia-se que o apoio e a participação da família no enfrentamento da doença auxiliam no fortalecimento do vínculo, adesão ao tratamento, mudança de hábitos, conforto emocional e estímulo para o progresso do tratamento^{6,21}, mas que não deve eximir os profissionais de saúde de suas próprias responsabilidades de suporte²⁴.

Já para os colegas de trabalho e amigos, estudos apontam que o estigma da TB é elevado dentro da comunidade em geral e, por conta disso, alguns doentes não revelam sua condição clínica a nenhum membro de seu círculo social – trabalho, lazer, por medo de discriminação em relação aos próprios doentes e/ou sua família, perda de emprego e isolamento social²⁴, o que questiona até que ponto a comunidade compreende sobre o que é a TB e como a eSF poderia intervir nestes casos.

Mesmo a variável satisfatória relacionada ao estigma da TB pelos profissionais de saúde, a maioria deles no estudo referiram que “quase nunca” ou “nunca” os doentes de TB sofriam preconceito pelos profissionais da unidade, principalmente pelos responsáveis pela

recepção. No entanto, verificou-se durante a coleta de dados, algumas falas pontuais divergentes de tais achados, que caracterizam o estigma pelos profissionais de saúde pelo desconhecimento das ações de prevenção e contágio da TB, atitudes segregadoras e reducionistas, o que reflete a falta de uma autocrítica enquanto a persistência do estigma no tratamento nos dias atuais, evidenciando um distanciamento imposto socialmente entre o doente e profissional, além do olhar para o outro e não para si.

A aceitabilidade do tratamento da TB pelos doentes foi considerada satisfatória neste estudo. No entanto, alguns fatores de risco para desfechos desfavoráveis foram ressaltados pelos profissionais de saúde nas entrevistas, a exemplo do etilismo, drogadição, baixa renda, comorbidades, pessoa em situação de rua ou coinfeção TB/HIV, o que questiona como vem sendo realizadas ações que contribuam para o acesso nos serviços de saúde, principalmente por serem grupos de risco para o contágio da doença quando comparado com a população em geral, bem como a disponibilidade de incentivos, tais como cestas básicas e vale transporte, para o fortalecimento da adesão e controle da doença.

Durante a coleta, alguns profissionais relataram o crescente número de casos de abandono como um reflexo do atendimento, pela falta de incentivos para os doentes, a exemplo do apoio psicossocial, especialmente aos usuários de drogas, etilistas e em situação de rua, insuficiência de informações durante o tratamento e dificuldade de acompanhamento dos doentes de áreas não adscritas no território de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Isto contrapõe os achados satisfatórios deste estudo para a dimensão vínculo, uma vez que, pelas falas dos profissionais, é possível identificar o impacto na APS na medida em que não consegue atender às suas responsabilidades

e resolutividades.

Questiona-se o modo que as unidades tem se articulado com a rede de apoio do município, em especial o NASF-AB e o consultório de rua, visto que suas ausências, na visão dos profissionais, dificultam o acompanhamento dos casos por uma equipe multiprofissional que desenvolva ações na comunidade e que exige a intersetorialidade e gestão compartilhada dos casos, uma vez que o município possui indicadores operacionais insatisfatórios, conforme supracitado.

Além disso, a doença ainda é reconhecida como negligenciada, particularmente pelas fragilidades das ações que deveriam ser voltadas para o enfrentamento dos determinantes sociais que a acompanham⁸, como os fatores socioeconômicos e culturais, condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, seguridade social, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável^{25,26}, por meio da melhoria dos serviços ofertados na RAS, a exemplo da ampliação dos atendimentos descentralizados que permitem a implementação do TDO e otimização do fluxo da referência e contrarreferência.

Um exemplo disto é a operacionalização do TDO, que poderia contribuir nas taxas de cura e abandono, além da disponibilidade de incentivos para a ampliação das possibilidades terapêuticas²², o que sugere a reorientação de modelos assistenciais praticados na realidade dos serviços de saúde da APS para o manejo dos casos de TB, visto que são os sujeitos adoecidos que sofrem com as fragilidades do sistema público com maior frequência e intensidade²⁷.

A maioria dos profissionais durante a coleta de dados, afirmou que os doentes de TB aceitam o tratamento, mas que para isso é necessário a oferta de incentivos para o enfrentamento da doença e continuidade da terapêutica, bem como o enfoque na família e o controle de

contatos, os quais deveriam ser realizados pela eSF que, em muitos momentos da entrevista, possuíam discursos estigmatizantes contra a doença, além de não se sentirem responsáveis pelas ações de vigilância e controle da TB na comunidade, nas famílias e com os próprios doentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), para a continuidade do tratamento, deve-se identificar e assegurar incentivos sociais aos doentes de TB²⁸, o que foi observado em dois estudos que demonstram que a oferta de incentivos, tais como kits de café da manhã, cestas básicas e leite^{29,30}, contribuem para a adesão ao tratamento da doença, considerando o estado sociovulnerável do doente de TB e sua família, bem como na própria condição do indivíduo.

No município, mesmo não sendo ofertados incentivos sociais aos doentes de TB, observou-se que alguns profissionais referiram que, por conta própria, se organizavam enquanto equipe para proporcionar um café da manhã a alguns doentes em tratamento, como uma oportunidade para a realização do TDO. Outros, o realizavam diariamente com transporte particular, especialmente para os casos diagnosticados como TB-DR, o que demonstra a preocupação com o vínculo, fortalecimento da confiança e inserção como parte integrante e responsável pelo cuidado do ponto de vista individual e coletivo.

Considerando os grupos operativos de doentes de TB como outras atividades de apoio à adesão²⁸, observou-se no âmbito da APS a sua não realização, justificada por alguns profissionais por motivos de não adesão/comparecimento dos doentes aos dias do grupo, enfoque na saúde da mulher e criança, além da indisponibilidade de profissional para realizá-lo. Isto demonstra os entraves que permeiam o oferecimento de ações de educação em saúde individuais e coletivas, o que influencia

no acesso à informação, participação, troca de experiências e, conseqüentemente, no modo que o doente se insere e percebe seu protagonismo no processo saúde-doença.

O atendimento da equipe de saúde aos doentes de TB foi considerado satisfatório na perspectiva dos profissionais da eSF da APS do município. No entanto, durante as entrevistas, foi possível identificar em vários momentos que o atendimento “ótimo” se referia pelos profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS ao realizado pelo enfermeiro ou médico, o que questiona como vem sendo desempenhadas as atividades e ações de vigilância da eSF, a forma como os outros profissionais enxergam seu processo de trabalho, o quanto se sentem parte integrante da equipe e atuam como tal para justificar uma possível insatisfação, bem como a centralidade do cuidado baseado em aspectos biológicos e medicamentosos, contribuindo para as fragilidades do trabalho em equipe.

Ressalta-se que o trabalho em equipe dentro da proposta da ESF é importante para o fortalecimento e monitoramento das ações de controle da doença e, por conta de dificuldades no ambiente de trabalho, como a sobrecarga de trabalho, poucos espaços para processos de qualificação na perspectiva da educação permanente em saúde, associado ao modelo hegemônico e fragmentado de saúde, o processo de trabalho da equipe é afetado⁷.

Tais aspectos foram citados por alguns dos profissionais entrevistados, exceto pela frequência da oferta de capacitação das equipes da APS que, embora sejam ofertadas constantemente pelas secretarias (municipal e estadual) de saúde, alguns profissionais, principalmente técnicos, auxiliares de enfermagem e ACS, afirmaram que devido à sobrecarga de trabalho e atividades extramuros, não conseguiam participar destes espaços de aprendizagem e atualização, principalmente

para aqueles que possuem mais do que um vínculo empregatício, como acontece com a maioria dos profissionais no cenário estudado.

Estes profissionais identificam ainda, a necessidade de constantes atualizações e atividades de sensibilização sobre a TB, bem como a importância da educação em saúde, ao alegarem que a rotina promove a desatualização do manejo da TB e muitas vezes o “esquecimento” sobre a doença. Outros trazem que há um descaso e fragilidades no oferecimento destas atualizações para o controle da TB para todos os profissionais das unidades de saúde, como o fato de não serem liberados do serviço, de haver o enfoque somente no tratamento, e não na promoção da saúde e prevenção do agravo.

No entanto, questiona-se como vem sendo feito a multiplicação das capacitações dentro das equipes por aqueles que participaram, e o que fazem para mudar um modelo de atenção

muitas vezes pautado apenas no tratamento da doença. Vale ressaltar que mesmo sendo ofertado as capacitações para as eSF, o fato de apenas disponibilizar mais vagas para favorecer a inclusão de mais profissionais nos processos de qualificação, não irá resolver os desafios da TB, uma vez que ainda se observa a formação pautada no modelo flexneriano – fragmentado e centrado em aspectos biológicos e tecnicistas³¹.

Estas questões limitam o controle da TB nos serviços da APS, uma vez que ocorrem fragilidades no envolvimento dos profissionais junto às ações preconizadas pelo Programa de Controle da TB, por conta da atuação compartimentalizada e focada em um único profissional⁴, rotineiramente o enfermeiro, o que reflete em ações verticalizadas e centralizadas, considerando a quantidade de horas semanais das equipes da APS, extensas áreas territoriais, e o distanciamento entre a residência dos doentes e a unidade.

CONCLUSÃO

Os resultados apontados neste estudo permitem analisar a qualidade do desempenho de ações de saúde e que existem situações dentro do manejo da TB na APS que caracterizam a existência do vínculo de uma forma geral, mas não homogêneo, na perspectiva dos profissionais de saúde. Embora a dimensão tenha sido categorizada como satisfatória, a experiência obtida nos campos e nas entrevistas, além dos indicadores epidemiológicos observados no município, apontam para uma divergência entre a percepção dos profissionais e o que de fato ocorre na prática.

Considerando a classificação regular em relação ao estigma por parte da família, colegas de trabalho e amigos, observou-se que nestes

casos, os profissionais respondiam as questões sem levar em conta uma autocrítica enquanto a persistência do estigma no tratamento nos dias atuais, evidenciando o olhar para o outro e não para si, o que dificulta mudanças no processo de trabalho das equipes de forma a potencializar as relações bilaterais.

Este estudo se limita por não ter avaliado as percepções dos doentes de TB e gestores, e pode ser complementado por estudos que incluam estas perspectivas, de forma a analisar as dificuldades e facilidades no acesso e adesão ao tratamento, afim de reconhecer que a TB afeta todos os aspectos de vida e que o foco do cuidado longitudinal deve estar subjacente a todos os outros fatores relacionados ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro PGOD, Sá LD, Palha PF, Oliveira RCC, Nogueira JA, Villa TCS. Pontos de estrangulamento sobre o controle da tuberculose na atenção primária. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 13 fev 2020];70(6):1227-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0467>
2. Wysocki AD, Ponce MAZ, Brunello MEF, Beraldo AA, Vendramini SHF, Scatena LM, et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 10 fev 2020];20(1):161-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010014>
3. Marquieviz J, Alves IS, Neves EB, Ulbricht LA. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 05 fev 2020];18(1):265-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100027>
4. Andrade RPS, Maia VF, Queiroz RF, Carreiro GSP, Villa TCS, Pinto ESG. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [acesso em 05 fev 2020]; 8:4826-4832. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4857-4863>
5. Furlan MCR, Santos Júnior AG, Marcon SS. O vínculo com o profissional de saúde no tratamento de tuberculose: percepção dos usuários. *Rev enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2017 [acesso em 13 fev 2020];7:e1934. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1934>
6. Souza KMJS, Sá LD, Silva LMC, Palha P. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2020];48(5):874-882. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140005000014>
7. Silva LT, Felipini MCC, Oliveira TB, Brunello MEF, Orfão NH. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Rev Epidemiol Controle Infecç* [Internet]. 2019 [acesso em 02 fev 2020];9(1):48-54. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.12249>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; [Internet]. 2019. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>
9. Ferreira MRL, Santos AA, Orfão NH. O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2019 [acesso em 08 set 2020];32:9540. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9540>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [Internet]. 2018 [acesso em 08 set 2020]. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. 726p.
12. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e o desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006
13. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *J bras pneumol* [Internet]. 2009 [acesso em 29 nov 2019];35(6):610-612. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014>
14. Ponce MAS, Vendramini SHF, Santos MR, Santos MLSC, Scatena LM, Villa TCS. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 29 nov 2019];19(5):1222-1229. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500021>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet] 2012; 12 dez. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Figueiredo TMRM, Pinto ML, Cardoso MAA, Silva VA. Desempenho no estabelecimento do vínculo nos serviços de atenção à tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2020];12:1028-35. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4408/3364>
17. Neves RR, Ferro PS, Nogueira LMV, Rodrigues ILA. Acesso e vínculo ao tratamento da tuberculose na atenção primária em saúde. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev 2020];8(4):5143-5149. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5143-5149>
18. Nogueira JA, Oliveira LCS, Sá LD, Silva CA, Silva DM, Villa TCS. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2020];13(4):784-793. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11870/1/2012_art_janogueira.pdf
19. Sousa TF, Souza FBA, Carvalho FC, Villa TCS, Ruffino-Netto A. Estratégia saúde da família e a construção do vínculo no controle da tuberculose pulmonar na Rocinha-RJ. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2015 [acesso em 04 fev 2020]; 7(2):2336-2348. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2336-2348>
20. Rocha DDS, Adorno RDCF. Abandono ou Descontinuidade do Tratamento da Tuberculose em Rio Branco, Acre. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2020];21(1):232-245. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100022>
21. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egly EY. As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2020];45(esp. 2):1656-1660. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800003>
22. Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso em 04 fev 2020];43(2):365-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200016>
23. Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliar. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 13 fev 2020];23(3):350-354. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4289>
24. Lewis CP, Newell JN. Improving tuberculosis care in low income countries - a qualitative study of patients understanding of “patient support” in Nepal. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [acesso em 13 fev 2020];9:190. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-190>
25. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 -

prospecção estratégica do sistema de saúde Brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013;2:19-38.

26. Ferreira MRL, Bonfim RO, Siqueira TC, Orfão NH. Abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp [Internet]*. 2018 [acesso em 04 fev 2020];7(1):63-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v7i1.1579>

27. Arakawa T, Magnabosco GT, Andrade RLP, Brunello MEF, Monroe AA, Ruffino-Netto A et al. Programa de controle da tuberculose no contexto municipal: avaliação de desempenho. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2017 [acesso em 13 fev 2020];51(23):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006553>.

28. 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. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

29. Beraldo AA, Andrade RLP, Orfão NH, Silva-Sobrinho RA, Pinto ÉSC, Wysocki AD et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: perception of patients and professionals in a large municipality. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2017 [acesso em 10 fev 2020];21(4):e20170075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0075> [Artigo em português].

30. Vieira AA, Ribeiro SA. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *J bras pneumol [Internet]*. 2011 [acesso em 05 fev 2020];37(2):223-231. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000200013>

31. Sá LD, Gomes ALC, Nogueira JA, Villa TCS, Souza KMJ, Palha PF. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. *Rev Lat-Am Enferm [Internet]*. 2011 [acesso em 10 fev 2020];19(2):09 telas. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_22.pdf

Recebido em fevereiro de 2020.
Aceito em setembro de 2020.