

AÇÕES DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Planning and monitoring actions for tuberculosis control in Primary Health Care

Cintia Raquel Batista de Andrade¹, Clara Ceci Diógenes², Sonaly Melo de Macêdo³, Anny Suelen dos Santos Andrade⁴, Tereza Cristina Scatena Villa⁵, Érika Simone Galvão Pinto⁶

RESUMO

Introdução: a forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar a tuberculose pode estar relacionada com o aumento do número de casos desta patologia, que dispõe de tratamento eficaz, mas continua sendo um grande problema de saúde pública. **Objetivo:** descrever as ações de planejamento e monitoramento nos serviços de saúde para o controle da tuberculose na atenção primária à saúde. **Método:** estudo descritivo, com profissionais de saúde do município de Natal, no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. **Resultados e Discussão:** 47% referiram que as informações aos portadores de TB eram realizadas de forma generalizada; 67% relataram registros nos prontuários sobre os diagnósticos e medicamentos; 73% referiram inexistência na comunicação com a unidade de saúde. No planejamento da atenção à TB, 71% afirmaram haver registros apenas da enfermagem e, quanto ao monitoramento das metas e do plano de cuidado, 75% citaram que eram realizados e registrados pelo profissional responsável pelo portador de TB. **Conclusão:** é necessária a realização de outras pesquisas focadas neste tema, de modo a identificar e refletir como o sistema de saúde integra as ações na atenção à pessoa com TB.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Atenção Primária à Saúde; Controle de Doença Transmissível; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the way health services are organized to detect and treat TB may be related to the increase in the number of cases in which this pathology is receiving effective treatment, but it remains a major public health problem. **Objective:** to describe the health services planning and monitoring actions for tuberculosis control in primary health care. **Methods:** a descriptive study, with health professionals in Natal, from November 2013 to January 2014. **Results and discussion:** 47% reported that the information was made available to TB sufferers across the board; 67% reported patient history records on diagnoses and drugs; 73% reported no communication with the health unit. In the planning of TB care, 71% said there were only nursing records and, for the monitoring of goals and care planning, 75% said this was performed and recorded by the professional responsible for the TB patient. **Conclusion:** additional research focused on this issue is needed in order to identify and reflect how the health system integrates actions in caring for the person with TB.

KEYWORDS: Tuberculosis; Primary Health Care; Control of Communicable Diseases; Health Planning.

¹ Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: cintia.raquel@yahoo.com.br.

² Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

³ Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

⁴ Enfermeira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

⁵ Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-SP).

⁶ Enfermeira. Doutora. Professora. Vice-Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Líder do Grupo de Pesquisa em Tuberculose (GTB / UFRN), Membro da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDETB), Grupo de Estudos Epidemiológicos e Operacionais em Tuberculose (GEOTB / USP).

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é doença infecciosa crônica, que atinge, principalmente o pulmão, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, presente nas populações humanas desde épocas remotas da história. Dispõe de tratamento eficaz, desde a década de 60, mas continua sendo um grande problema de saúde pública.¹

Esta patologia relaciona-se a vários determinantes cuja maioria está interligada com problemas sociais. Constituem grupos vulneráveis os moradores de rua, os drogadistas, pessoas que vivem em situações de confinamento, baixa escolaridade, os portadores de TB com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), os atenuados dentre outros.

A avaliação desses fatores sociais é importante também para o monitoramento dos dados epidemiológicos (incidência, mortalidade) e operacionais (cura, abandono, tratamento diretamente observado - TDO) tornando-se primordial desenvolver atividades de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e especialmente aqueles da Atenção Primária à Saúde (APS).⁴

Embora a taxa de incidência venha diminuindo, a mortalidade ainda é alta, principalmente nos casos de coinfeção TB/HIV. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 2011, 5,8 milhões de casos novos foram notificados em todo o mundo, abaixo do estimado, que seria de 8,7 a 9 milhões de pessoas acometidas pela doença. Destes, ocorrem quase três milhões de mortes, anualmente. Dos 22 países que concentram 80% dos casos de TB registrados no mundo, o Brasil ocupa o 108º lugar em taxa de incidência.⁶

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o problema desta patologia relaciona-se à forma de organização dos serviços de saúde, para detectar e tratar os casos de TB. Na organização dos serviços, observam-se lacunas relacionadas a recursos humanos (número insignificante para a demanda do serviço, como também ausência de profissionais qualificados) e materiais, comprometendo, dessa forma, a coordenação da assistência ao doente.⁷

A organização da Atenção Primária à Saúde (APS) está pautada pelo princípio da integralidade, segundo o qual as ações e serviços, principalmente, as de planejamento e monitoramento, devem ocorrer de maneira conjunta e articulada com vista à prevenção e cura, direcionadas para o indivíduo e para a coletividade. Assim, o objetivo da integralidade consiste em assegurar serviços contínuos e globais pelos diferentes profissionais, de acordo com a disponibilidade tecnológica local.⁸

A integralidade deve agir de forma que organize as

práticas de saúde e emerge como um princípio de organização continuada dos processos de trabalho dos serviços de saúde, que se caracterizam, também, por uma busca contínua na ampliação das possibilidades de resolução das necessidades de saúde de um grupo populacional. Essa ampliação não pode ser realizada sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos (profissionais, comunidade, gestores etc.), buscando a percepção das necessidades de saúde em vários contextos.⁹

A assistência desenvolvida nos serviços de APS aos portadores de TB deve ocorrer de modo articulado e integrado pelas equipes locais, sendo necessários planejamento e monitoramento das ações (cuidado, prevenção e cura) e serviços (consultas, exames) a serem ofertados, para que haja controle da doença.¹⁰

Este estudo tem como objetivo principal descrever as ações de planejamento e monitoramento, para o controle da TB na APS, no município de Natal/RN, na visão dos profissionais da APS.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizada no município de Natal (RN). A população estimada no município corresponde a 862.044 habitantes¹¹ e uma cobertura de 50% da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Possui 60 Unidades de Saúde (US), sendo 37 ESF e 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em cinco distritos sanitários: Oeste, Leste, Sul, Norte I e Norte II.¹²

A população do estudo foi composta por 384 profissionais que trabalhavam na rede de APS, a amostra foi calculada considerando os parâmetros: Erro amostral de 5%; Intervalo de Confiança (IC) de 95% e Proporção Populacional (P) de 50%.

Obteve-se a amostra mínima de profissionais equivalente a 100 (n=100). A amostragem foi realizada em duas etapas: amostragem simples por unidade de saúde e por profissionais de saúde. Utilizou-se como critério de inclusão do estudo: profissional de saúde atuante no período de coleta de dados, que já tinha acompanhado portadores de TB, durante o tratamento e como exclusão profissionais que não tinham acompanhado portadores de TB, durante o tratamento e que não aceitaram assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Utilizou-se um questionário estruturado aplicado em 28 unidades com um profissional de cada categoria: Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) das 28 US do estudo. Em caso de recusa de um profissional,

o instrumento era aplicado a outro profissional que já tivesse acompanhando um caso de TB. Em se tratando do número de recusas, o estudo teve 32, sendo 17 da categoria de Médico, 1 de Enfermeiro, 2 de Técnico em enfermagem e 2 Agentes Comunitários de Saúde.

O questionário foi proposto por *Mac Cooll Institute for Health Care Innovation* adaptado e validado no Brasil por Moyses ST, Kusma S7 e Shwab GI (2012), para a “avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas” para a atenção à TB. O instrumento é dividido em 07 dimensões: 1- Organização da atenção à tuberculose; 2- Articulação com a comunidade; 3- Autocuidado apoiado; 4- Suporte à decisão; 5- Desenho do sistema de prestação de serviços; 6- Sistema de informação clínica; 7- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, sendo esta dimensão o foco deste estudo.

Os elementos a serem avaliados nesta dimensão são os componentes que englobam a informação aos portadores de TB, em relação ao seu plano de cuidado, prontuários, programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais etc), planejamento da atenção à TB, na US, onde o doente realiza o tratamento, monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB e as recomendações do MS para o controle de TB.

As respostas foram divididas em quatro níveis (D, C, B e A), sendo o D correspondente ao nível mais desfavorável, com pontuação de 0 a 2; nível C de 3 a 5; nível B de 6 a 8 (sendo os dois níveis intermediários) e o nível A o mais favorável com pontuação de 9 a 11. A interpretação dos resultados deu-se da seguinte forma: capacidade limitada para a atenção aos portadores de TB (pontuações de 0 a 2); capacidade básica para atenção aos portadores de TB (pontuações de 3 a 5); capacidade razoável para a atenção aos portadores de TB (pontuações de 6 a 8) e capacidade ótima para a atenção aos portadores de TB (pontuações de 9 a 11).

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho de cada profissional. A partir das variáveis do instrumento, os dados foram organizados, categorizados e codificados. Na análise dos dados foram utilizados o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22 e a estatística descritiva, sendo a apresentação dos dados realizada por meio de tabelas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com protocolo nº 456.332, resolução 466/12, CAAE: 18751132.1001.5537. Data de aprovação do CEP: 13 de novembro de 2013. Para a realização deste estudo, respeitaram-se as Diretrizes Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos,

Resolução de Nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos Participantes e do Serviço de Saúde

Entre os profissionais entrevistados, 35% (n=35) pertenciam à categoria de Enfermeiro, 09% (n=09) de Médico, 22% (n=22) de Técnicos em Enfermagem e 34% (n=34) Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Quanto à caracterização da Unidade de Saúde, em que os mesmos desenvolviam suas atividades, durante a entrevista, 80% (n=80) dos profissionais atuavam em Unidade de Saúde Família (USF), 18% (n=18) em Unidade Básica de Saúde (UBS) e 2% (n=2) em Unidade Mista (UM).

O enfermeiro é o profissional da unidade que mais contempla estratégias, desempenhando funções assistenciais e gerenciais. Na assistência, desenvolve a produção do cuidado e gestão de projetos terapêuticos. Em relação às funções gerenciais, realiza o monitoramento da situação de saúde da população, o gerenciamento da equipe e do serviço de saúde para a produção do cuidado.¹³

No que tange ao tempo de serviço dos profissionais de saúde, 7% (n=7) trabalhavam na unidade de saúde há menos de 1 ano, 23% (n=23) de 1 a 5 anos, 29% (n=29) de 06 a 10 anos e 41% (n=41) há mais de 10 anos. Esses dados corroboram com estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2010, que mostra que a maioria dos profissionais atuantes na APS está no serviço há mais de 10 anos.¹⁴

Em relação ao tempo que exercem a função, 3% (n=3) dos profissionais estava há menos de um ano no exercício da profissão, 4% (n=4) estavam de 1 a 5 anos, 14% (n=14) de 6 a 10 anos e 79% (n=79) há mais de 10 anos.

Classificação da integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com Tuberculose

De acordo com a classificação dos profissionais de saúde, segundo a capacidade de integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, 59% (n=59) classificaram como tendo capacidade básica, 38% (n=38) como tendo capacidade razoável e 3% como capacidade limitada. Nenhuma das unidades atingiram capacidade ótima (Tabela1).

Para que ocorra a integração dos serviços de saúde, torna-se importante a participação dos gestores. Estes devem participar também do processo de trabalho das equipes da ESF com um intuito de contribuir com o fun-

cionamento das unidades de saúde.¹⁵

Um estudo realizado na PB, Brasil, mostra que, nos discursos dos gestores, no que diz respeito ao planejamento do controle da TB, em seu território, não há planejamento específico. Quando existe é de maneira pontual,

a partir de novos casos que surgem no serviço de saúde e de caráter normativo. Reconhecem que o controle da TB é importante, mas não constitui prioridade, tendo em vista o número reduzido de casos cadastrados na US.

Tabela 1 - Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB segundo a capacidade, Natal (RN), Brasil, 2014.

| Componentes | Capacidade Limitada N % | Capacidade Básica N % | Capacidade Razoável N % | Capacidade Ótima N % |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado | 11 11 | 36 36 | 47 47 | 6 6 |
| Prontuários | 5 5 | 24 24 | 67 67 | 4 4 |
| Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, Pastorais etc.) | 73 73 | 22 22 | 3 3 | 2 2 |
| Planejamento da atenção à TB na Unidade de Saúde onde o doente realiza o tratamento | 8 8 | 71 71 | 18 18 | 3 3 |
| Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB | 18 18 | 7 7 | 75 75 | 0 0 |
| Recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB | 4 4 | 10 10 | 32 32 | 54 54 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: dados da pesquisa.

Dos entrevistados, 47% classificaram as informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado como razoável, o que indica que as orientações são realizadas de forma generalizada, abordando a medicação e o cuidado com a saúde reforçada com o oferecimento de uma informação escrita.

Um fator que deve ser considerado de grande importância para o plano de cuidado aos portadores de TB é a informação. A desinformação sobre as questões referentes

à doença e a possibilidade de cura podem incentivar o abandono do tratamento.¹⁶

Estudo realizado na PB mostrou que, após seis meses de ações educativas relacionadas à doença, ao tratamento e aos efeitos colaterais dos medicamentos os pacientes obtiveram um aumento, em média, de 20% dos conhecimentos sobre a TB.¹⁷ Outro estudo realizado no Acre demonstrou que, além da incapacidade para trabalhar e o preconceito da doença, todos os entrevistados afirmaram

que os efeitos colaterais contribuem para o abandono do tratamento.¹⁸ Isso demonstra que o conhecimento do paciente acerca de sua doença e tratamento torna-se importante para aumentar a taxa de cura e diminuir a taxa de abandono.

Promover uma educação permanente com o paciente, principalmente durante as consultas, acredita-se ser o melhor caminho para minimizar problemas. Nesse momento, permite-se a colaboração do paciente para o sucesso do tratamento como também a construção do vínculo, o que pode garantir o acompanhamento da evolução do tratamento e conseqüentemente seu controle.⁷

Na educação do paciente, o fornecimento de informações escritas serve de apoio efetivo para complementação da informação verbal, pois o próprio paciente pode priorizar as informações verbais recebidas apenas sobre a doença e o diagnóstico, não compreendê-las, ou até mesmo esquecê-las.¹⁷

No que se refere aos prontuários dos pacientes com TB, observa-se que mais da metade dos profissionais entrevistados relataram haver registros relacionados ao diagnóstico, aos medicamentos prescritos, incluindo avaliação do estado dos portadores, para cuidar da sua própria saúde. Assim, como as ações de enfermagem programadas com a classificação de risco do doente, atribuindo como capacidade razoável para tal componente.

Torna-se importante a qualidade das anotações dos prontuários, pois além de garantir o registro das informações sobre o paciente permite o acesso dos procedimentos realizados na assistência aos usuários e serve para avaliar a qualidade e a eficácia da atenção prestada ao paciente.¹⁹

Estudo realizado no RJ, Brasil mostrou que a qualidade dos registros aos portadores de TB, em maior parte dos casos analisados, foi baixa, apresentando ausência de informações para a caracterização dos indivíduos, o que impediu uma melhor descrição dessa população e a investigação de características preditivas ao abandono do tratamento, baixos registros de ocupação e escolaridade como também a presença de comorbidades.²⁰

Outro estudo realizado em SP, Brasil mostrou que os profissionais de saúde tinham conhecimento da importância da qualidade das anotações (comunicação entre a equipe, recuperação da informação e auxílio do planejamento da assistência individual e coletiva) nos prontuários. Observou-se que, durante a realização do estudo, as informações nos prontuários se assemelhavam umas às outras (informação sobre o paciente não era registrada, havia presença de siglas ou informações ilegíveis que dificultavam a busca e a recuperação da informação). Além disso, durante reuniões em equipe, a consulta ao prontuário era substituída pela comunicação verbal.²¹

Quanto à relação dos Programas Comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais etc) com a unidade de saúde, 73% dos profissionais de saúde classificaram como capacidade limitada, pela inexistência de comunicação.

O Manual de recomendações de controle para a TB no Brasil incentiva a articulação das unidades de saúde com organizações não governamentais ou da sociedade civil, para fortalecer o controle social e garantir a sustentabilidade das ações de controle da doença.⁴

A detecção de casos da TB na comunidade não constitui somente responsabilidade dos profissionais de saúde, do doente e da família, mas, também, de toda a sociedade. A participação ativa dos agentes sociais é capaz de potencializar as relações de cooperação e contribuir para o processo de controle da doença na comunidade. Um estudo realizado em um distrito sanitário na PB mostrou que o abandono do tratamento da TB pelos pacientes ocorria por ter a certeza de sua cura, mediante as palavras do seu líder religioso.²²

Em se tratando do componente sobre o planejamento da atenção à TB, na unidade de saúde, onde o doente realiza o tratamento, 71% dos entrevistados classificaram em capacidade básica, sendo esse planejamento registrado apenas pela equipe de enfermagem que acompanha os casos de TB da área da unidade.

As práticas de planejamento para o controle da TB são fundamentais tanto para a organização dos serviços, de modo a possibilitar a detecção precoce e o tratamento da doença, quanto na construção de espaços de cogestão, que garantam a eficácia da gestão do cuidado à TB.

O MS divulgou resultados que demonstram que, em todas as unidades, existe a presença de um profissional de saúde que responde pelas ações de controle da TB e que 96,6% desses profissionais são enfermeiros. Confirmando, portanto, a relevância do papel do enfermeiro, enquanto líder da equipe de saúde no planejamento e monitoramento das ações de controle para doença. O enfermeiro e sua equipe devem enfatizar a orientação desses usuários com relação à doença propriamente dita, à transmissão e prevenção da doença, focalizando energias e recursos existentes.²³

No que tange ao monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB, 75% dos profissionais de saúde classificaram como capacidade razoável, sendo este, o monitoramento realizado e registrado por um profissional responsável pelo portador de TB.

Essas ações podem ser utilizadas para orientar e contribuir para tomada de decisão na política de controle da TB, como também, direcionar os esforços para as áreas com maior risco à coletividade e em situações operacio-

nais do programa (objetivos não alcançados).²⁴

Como política central para o controle da doença, a OMS recomendou a adoção da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS), a fim de garantir o alcance das metas estabelecidas em relação ao sucesso do tratamento (85%), à detecção de casos (70%) e à redução do abandono.²⁵

O DOTS é constituído por cinco pilares: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios, que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo, colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. Esses pilares integrados potencializam as ações para conter o avanço da TB.²⁵

Observa-se, atualmente, a expansão da estratégia DOTS nos serviços de saúde, contribuindo para que o Brasil pertença ao grupo de países que possuem entre 50% a 90% dos serviços com a estratégia já implantada e melhoras dos indicadores epidemiológicos.²⁶

Em se tratando das recomendações do MS para o controle da TB, nas unidades de saúde, os profissionais classificaram como capacidade ótima, afirmando que as recomendações são dadas a todos os usuários para ajudá-los a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde, levando em conta a interação equipe-serviço-usuário.

Diagnosticar e tratar corretamente os casos de TB são as principais medidas para o controle da doença. Encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado devem ser medidas utilizadas constantemente pelos serviços de saúde.

Outra medida importante a ser desenvolvida pelos profissionais da APS é a busca ativa do Sintomático Respiratório (SR), durante as visitas domiciliares em grupos específicos (pessoas vivendo em instituições fechadas), em eventos comunitários (campanhas educativas) como também na demanda espontânea dos serviços.²⁷

Um estudo realizado no Sul do Brasil evidenciou o potencial da ESF para intensificar as ações de controle da TB, principalmente no que se refere à busca do SR, no lugar onde ela se produz (comunidade), e reconhece o protagonismo do ACS nessas ações, desenvolvidas por meio das visitas domiciliares.²⁸

Para o controle da TB também se faz necessário que as equipes da ESF desenvolvam ações educativas, que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.²⁶

CONCLUSÃO

Dos seis componentes avaliados para atenção às pessoas com TB, segundo a capacidade, três apresentaram capacidade razoável: as informações fornecidas aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado, os prontuários, e o monitoramento das metas e do plano de cuidado. Os programas comunitários foram avaliados como capacidade limitada e o planejamento da atenção à TB, na US, onde o doente realiza o tratamento foi avaliado como capacidade básica. Com capacidade ótima têm-se as recomendações do MS para o controle da TB.

Apesar de terem sido satisfatórias as recomendações do MS, observou-se que ainda há um déficit, principalmente em relação às informações aos portadores de TB relacionadas ao seu plano de cuidado e aos programas comunitários, que não estabelecem comunicação com as US.

Dessa forma, o estudo permitiu conhecer as ações de planejamento e monitoramento para o controle da TB e mostra que elas ainda não são realizadas de forma integrada pelos profissionais de saúde.

Assim, é necessária a realização de outras pesquisas focadas neste tema, de modo a identificar e refletir como o sistema de saúde integra as ações de planejamento e monitoramento na atenção às pessoas com TB, visto que o controle da TB necessita de ações integradas e permanentes no campo da APS; bem como da melhoria das condições de vida e a redução da desigualdade social, considerando as diretrizes e estratégias preconizadas pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. Mendes MRRS, Coêlho DMM, Silva JC, Melo IV, Elias CMV, Carvalho ML. Situação sociodemográfica da tuberculose multirresistente no estado do Piauí, 2001 – 2012. *Rev. Interd.* [Internet]. 2014 mar. [Citado 2015 jan.]; 7(1):8-16. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/35/pdf>>.
2. Piller RVB. Epidemiologia da tuberculose. *Pulmão RJ* [Internet]. 2012 [Citado 2014 nov.]; 21(1):4-9. Disponível em: <http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/02.pdf>.
3. Guimarães RM, Lobo AP, Siqueira EA, Borges TFF, Melo SCC. Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. *J Bras. Pneumol* [Internet]. 2012 ago. [Citado 2015 jan.]; 38(4):511-517. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000400014>.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011.
5. Cavalcante EFO, Silva DMGV. Perfil de pessoas acometidas por tuberculose. Rev. Rene. [Internet]. 2013 [Citado 2014 dez.]; 14(4):720-9. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1152>>.
6. Santos TMMG, Nogueira LT, Santos LNM, Costa CM. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2012 ju./set. [Citado 2014 set.]; 20(3):300-5. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a03.pdf>>.
7. Barrêto AJR, Sá LD, Nogueira JA, Palha PF, Pinheiro PGOD, Farias NMP, et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2012 jul. [Citado 2014 set.]; 17(7):1875-1884. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en>.
8. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011 set. [Citado 2014 set.]; 32(3):546-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci_arttext>.
9. Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos RA. Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 39-64.
10. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Carodozo GRI, Palha PF, et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 fev. [Citado 2014 ago.]; 46(1): 111-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342012000100015&lng=en>.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013. [Citado 2014 ago.] Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240810&search=rio-grande-do-norte|natal>>.
12. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Natal, RN, 2014.[Citado 2014 set.]. Disponível em: <<https://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/SMS-PMS2011-2013v5.pdf>>.
13. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev Latino-Am. Enferm.[Internet]. 2011 jan./fev. [Citado 2015 maio]; 19(1):123-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100017&lng=en>.
14. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. Rev. Esc Enferm USP [Internet]. 2010 set. [Citado 2015 maio]; 44(3):657-664. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015&lng=en>.
15. Sala A, Luppi ASC, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc. [Internet]. 2011[Citado 2015 maio]; 20(4):948-960. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt>.
16. Sousa MNA, Silva JDF. Práticas de autocuidado entre os portadores de tuberculose de município paraibano. Rev. Elet. da Fainor [Internet]. 2013 jul./dez. [Citado 2015 maio]; 6(2):150-161. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/229/158>>.
17. Muñoz RLS, Fernandes BM, Athayde RAB, Duarte SGC, Silva IBA, Figueiredo AS. Informação do paciente sobre sua doença e terapêutica em projeto de extensão universitária. Rev. Bras. em Pro. da Saúde [Internet]. 2011 jul./set. [Citado 2015 abr.]; 24(3):258-265. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2080>>.
18. Rocha DS, Adorno RCF. Abandono ou descontinuidade do tratamento da tuberculose em Rio Branco, Acre. Saúde Soc. [Internet]. 2012 [Citado 2015 maio]; 21(1): 232-245. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-02012000100022&lng=en>.

S0104-12902012000100022>.

19. Mesquita AMO, Deslandes SF. A Construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2010 [Citado 2015 abr.]; 19(3):664-673. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/1731>>.

20. Filha MMT, Daumas RP, Alves LC, Leimann BCQ, Engstrom EM. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [Citado 2015 fev.]; 20(2):169-76. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=1414-462X&lang=pt>>.

21. Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Rev. de Saúde Col.* [Internet]. 2012 [Citado 2015 maio]; 22(3):1121-1137. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300015&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331201200030001>.

22. Silva ACO, Sousa MCM, Nogueira JÁ, Motta MCS. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. *Rev. Elet. de Enferm.* [Internet]. 2007 [Citado 2015 mar.]; 9(2):402-416. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/7189>>.

23. Costa AM, Rodrigues GS, Santos TMMG. Papel potencial do enfermeiro no enfrentamento do problema da tuberculose junto ao Agente Comunitário de Saúde no Programa de Controle da Tuberculose. *Enf. Foco* [Internet]. 2013 [Citado 2015 abr.]; 4(2):106-10. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/522>>.

24. Correio IRB, Correio JLS. Dados epidemiológicos da tuberculose em São Gonçalo do Amarante-RN. *Rev. Bras. Ciên. da Saúde* [Internet]. 2013 abr./jun. [Citado 2015 abr.]; 36. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1862/1405>.

25. Queiroz EM, Guanilo MCDLTU, Ferreira KR, Bertolozzi MR. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. *Rev Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2012 mar./abr. [Citado 2015 maio]; 20(2):369-377. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0104-1692012000200021&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200021>>.

26. Sá LD, Gomes ALC, Carmo JB, Souza KMJ, Palha PF, Alves RS, et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet] 2013 jan./mar. [Citado 2015 abr.]; 15(1):103-11. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15246>>.

27. Nobrega RG, Nogueira JÁ, Netto AR, Sá LD, Silva ATMC, Villa TCS. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. *Rev Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2010 nov./dez. [Citado 2015 maio]; 18(6): 1169-1176. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600018&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600018>.

28. Cardozo-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade saúde da família. *Rev. Enf. Saúde* [Internet]. 2011 jan./mar. [Citado 2015 fev.]; 1(1):24-32. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/340>>.

Submissão: março de 2016

Aprovação: abril de 2017
