

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARTA MARIA DA COSTA

**OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMARIA: REFLEXÕES A LUZ DA LITERATURA**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2013

MARTA MARIA DA COSTA

**OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMARIA: REFLEXÕES A LUZ DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso requisito parcial para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Faculdade de Medicina/NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Spindola de
Miranda

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2013

MARTA MARIA DA COSTA

**OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA
ATENÇÃO PRIMARIA: REFLEXÕES A LUZ DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso requisito parcial para o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Faculdade de Medicina/NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Spindola de
Miranda

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Silvana Spindola de Miranda- orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete-

Aprovada em Belo horizonte, 20 /09/ 2013

“Acho que os sentimento se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, ações que tragam resultados”.

- Florense Nightigale

RESUMO

A tuberculose é uma doença global sendo necessário que a equipe de saúde esteja preparada para implantar as diversas estratégias para um efetivo tratamento no universo da Atenção Primária à Saúde. O primeiro contato com o paciente com a equipe de saúde é um fator crucial para o fortalecimento do vínculo, para a adesão ao tratamento, e para diminuir o estigma que a sociedade e o paciente têm com a doença. O presente estudo objetivou identificar, por meio de busca na literatura, os desafios que os profissionais da Atenção Primária à saúde enfrentam no tratamento da TB. Fez-se um levantamento bibliográfico na literatura nacional e internacional na base de dados da LILACS, SciELO, a partir dos descritores: tuberculose, tratamento e atenção primária à saúde. Também foram selecionados para a pesquisa bibliográfica os manuais dos Programas Governamentais do Ministério da Saúde, Protocolos e Manuais da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, livros e dissertações acerca do tema proposto para a pesquisa. A maneira pela qual as orientações serão passadas, o tempo de duração da escuta, o tratamento quimioterápico diariamente, as consequências do abandono, tudo isso são estratégias que levarão com êxito a adesão ao tratamento. O ato de informar adequadamente configura-se em uma educação permanente, onde deverá envolver todos os profissionais para o sucesso no tratamento da tuberculose.

Palavras-Chave: Tuberculose. Tratamento. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is a global disease requiring the health team is prepared to implement the various strategies for an effective treatment in the universe of Primary Health will The first patient contact with the health care team is a crucial factor for the strengthening the bond, for adherence to treatment, and to reduce the stigma that society and the patient has the disease. This study aimed to identify, through literature search, the challenges that professionals face primary health care in the treatment of TB. There was a literature in national and international literature in the database LILACS, SciELO, the descriptors: tuberculosis treatment and primary health care. Were also selected for the literature textbooks of Government Programs of the Ministry of Health, Protocols and Manuals of the Department of Health of Minas Gerais, books and dissertations on the subject proposed for research. The way in which the guidelines are passed, the duration of listening, chemotherapy daily, the consequences of abandonment, these are all strategies that lead to successful treatment adherence. The act of informing properly set up on a permanent education, which should involve all professionals for success in the treatment of tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis. Treatment. Primary Health Care

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1 Definição sobre a doença	15
5.2 Atenção Primária no Controle da Tuberculose	17
5.3 A Relevância do Acolhimento ao Sintomático Respiratório e Portador de Tuberculose	20
5.4 Atenção Primária: Desafios no Tratamento da Tuberculose	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERENCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O cenário brasileiro e mundial ainda é palco de uma patologia de grande relevância em saúde pública, a tuberculose (TB), e de grande magnitude e que acomete a cada ano milhões de pessoas. Nesse atual cenário da luta contra a TB, um dos fatores mais desafiadores é evitar o abandono do tratamento, que acarreta aumento nos índices de mortalidade, incidência e a resistência do bacilo frente aos fármacos utilizados. Portanto, evitar o abandono do tratamento, constitui em um dos principais desafios para os profissionais de saúde da Atenção Primária Saúde (BRASIL, 2011a).

Segundo o Sistema Brasileiro de Saúde a não adesão ao tratamento e abandono é caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data agendada para o retorno (BRASIL, 2011a).

A TB é uma doença infecto contagiosa, constituindo um grave problema de saúde pública, exigindo dos profissionais uma conduta e uma postura qualificada no primeiro contato do usuário na Unidade Básica de Saúde (UBS) bem como nos demais segmentos do tratamento, por se tratar de uma doença que para a sociedade ainda carrega um grande estigma, caracterizada por muitos como um castigo divino que perdurou por muitos anos (BRASIL, 2010a).

O agente etiológico da TB é o *Mycobacterium Tuberculosis*, de magnitude mundial também conhecido como bacilo de Koch (BK). Sua transmissão se efetiva de pessoa a pessoa, principalmente quando lança gotículas no ar, pela fala, espirro e principalmente pela tosse de um doente sendo, portanto, uma condição patológica prioritária a ser combatida. (BRASIL, 2010a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), a tuberculose atinge todas as faixas etárias, com maior grau de acometimento nos indivíduos economicamente ativos (15- 54 anos) e do sexo masculino. Doença de caráter infeccioso atingindo principalmente o pulmão.

Nesse sentido, no desenvolver desta pesquisa serão abordados os desafios do tratamento da TB na Atenção Primária, tendo como foco as ações que os profissionais desenvolvem para efetivar e consolidar o tratamento com o usuário, por meio de um levantamento na literatura. Na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares, diversas questões dificultam o tratamento,

levando ao abandono como: a cultura, ideais políticos, a vida em sociedade e econômica dos usuários.

De acordo com Faria *et al.*(2009), os princípios para se obter o fortalecimento da adesão ao tratamento dizem respeito à priorização e conhecimento da condição social do indivíduo, o meio no qual o mesmo está inserido, pois é crucial identificar a sua condição social, pois a TB esta ligada à qualidade de vida. O indivíduo desprovido de conhecimento e de condições dignas de moradia e alimentação é potencialmente vulnerável a contrair doenças, tendo em vista que não possuindo conhecimento prévio das coisas, torna-se mais exposto à doença por não saber como lidar com a mesma.

Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da TB, o Brasil é um dos 22 países priorizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que concentra 80% da carga mundial de TB. No ano de 2009, foram notificados 72 mil casos novos correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.00 habitantes. Destes casos, 41 mil são de etiologia bacilíferas (baciloscopia de escarro positiva) (BRASIL, 2011a; OMS, 2010).

Diante dessas estimativas alarmantes, o Brasil ocupa a 19^o posição no *ranking* mundial em se tratando do número de casos e no 104^o quando o cenário é o coeficiente de incidência. Segundo os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os casos de TB estão concentrados em 315 dos 5.564 municípios do país, ou seja, correspondendo a 70% do total de casos. O estado de São Paulo é o conhecido como abarcando o maior número de casos de TB, seguido pelo estado do Rio de Janeiro com o maior coeficiente de incidência (BRASIL, 2011a).

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou a TB como uma emergência global, adotando a estratégia de Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração do inglês *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTs) para o controle global da doença, sendo a mesma vital para diminuir a TB, considerada uma patologia de proporções continentais diante de sua magnitude epidemiológica. Foi enfatizado que essas estratégias poderiam atingir proporções globais para o controle da TB. Essas estratégias constituem-se em um conjunto de boas práticas para o controle da doença, elencando em cinco componentes.

- Comprometimento político, em fortalecer os recursos humanos e a garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação, objetivando definição de atividades, metas, prazos, e responsabilidades e mobilização social.
- Diagnósticos de casos por meio de exames bacteriológicos eficazes e precisos.
- Tratamento padronizado com a supervisão da tomada dos fármacos com apoio ao paciente.
- Garantia de medicamentos e gestão eficiente.
- Monitoramento e avaliação ágil, possibilitando o monitoramento dos casos, desde a notificação até o término do tratamento. Os cinco componentes tem grande relevância ao controle da TB, garantindo assim longevidade e qualidade de vida para os usuários (WHO, 2009).

Diante desse quadro foram estabelecidas metas globais e indicadores para o controle da TB, tais metas foram criadas e desenvolvidas na perspectiva das metas do desenvolvimento do milênio, sendo elas reduzir até o ano de 2015, a incidência e a mortalidade pela metade, em relação a 1990. Espera-se também que até 2050, a incidência global de TB seja menor que 1/1.000. 000 habitantes por ano deixando de ser um problema de saúde pública (WHO, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está regulamentada pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), (CONASS, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico tratamento reabilitação e manutenção da saúde (CONASS, 2011.16p).

Diante dessas ações de promoção e prevenção, a PNAB se atem às primeiras abordagens e condutas ao usuário com questões inerentes a saúde, tornando se a porta de entrada dos usuários para os seus respectivos agravos á saúde, tendo a mesma uma visão holística do indivíduo em todas as suas necessidades de atenção á saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em

equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados que assume um comprometimento e responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (CONASS,2011).

A Atenção Primária (APS), considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2011.17p)

Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde se tornou palco de grande relevância no cenário á saúde brasileira, como uma estratégia de intensificar as ações no âmbito da saúde dos usuários, garantindo assim a manutenção da saúde no aspecto, preventivo, de promoção e manutenção da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Assim, há a necessidade em identificar e descrever os desafios para um tratamento adequado da TB na Atenção Primária à Saúde, a partir do conhecimento das dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam no que tange à adesão ao tratamento e estratégias para melhorar o controle da TB por meio de uma revisão na literatura nacional e internacional.

Acredita-se, portanto, que o aprofundamento teórico em questões relacionadas às conjeturas do abandono do tratamento e outras nuances que perpassam o viver com tuberculose poderá subsidiar os profissionais de saúde que trabalham na atenção primária no que tange ao atendimento competente e ético das pessoas que têm tuberculose.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar, por meio de busca na literatura, os desafios que os profissionais da Atenção Primária à saúde enfrentam no tratamento da TB.

3.2 Específicos

Descrever as causas do abandono da TB.

Descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a adesão do tratamento da TB.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho optou-se pela revisão narrativa de referências bibliográficas disponíveis na literatura acerca do tema: “Os Desafios do Tratamento da TB na Atenção Primária a Saúde”, onde foi realizada uma busca sistemática e exploratória a cerca do respectivo tema.

Foi realizada busca de publicações no site da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), no idioma português, utilizando os descritores: Atenção Primária à Saúde, tuberculose e tratamento. O período de consulta se estabeleceu entre 2009 a 2012. Foram identificados, nos artigos, citações acerca do tema proposto.

Além disso, realizou-se busca nos programas do Ministério da Saúde, teses e dissertações de mestrado. De posse desses materiais iniciou-se uma leitura exploratória e minuciosa do respectivo assunto. Foi feita leitura dos resumos dos artigos, os mesmos foram compilados em fichas de leituras e classificados.

Concluída esta etapa, passou-se para a redação deste estudo, obedecendo aos critérios estabelecidos por Salomon (1996): exatidão, objetividade, integridade e utilidade.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A Doença e o Tratamento

Com base nos registros científicos, a TB é uma doença milenar, de caráter infeccioso e que atinge a humanidade desde épocas remotas, acometendo atualmente milhares de pessoas no mundo inteiro. Considerando que a TB é uma patologia de magnitude global, segundo o Ministério da Saúde, considera-se caso novo (nunca tratado ou tratado por menos de 30 dias) de TB, todo indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia ou cultura, podendo ser baseado em dados clínicos epidemiológicos e outros exames complementares, para firmar o diagnóstico de TB (BRASIL, 2010b).

A transmissão da TB se efetiva por meio de pessoa a pessoa, principalmente através do ar. São fatores potencialmente contaminantes a fala, o espirro e principalmente, a tosse de um doente de TB pulmonar bacilífera no qual se lança no ar gotículas, com tamanhos variados, contendo em seu interior bacilos. Os doentes bacilíferos cuja baciloscopia é positiva são potencialmente capazes de transmitir a doença uma vez que ainda não iniciaram o tratamento (BRASIL, 2010b).

Em 1882, no qual se registrou a descoberta do Bacilo de Koch, a TB representou uma grande perda nas relações interpessoais do indivíduo e ficaram desestruturadas as relações sociais de grupo em virtude da doença; modificaram-se as concepções, as representações da doença, como responsabilidade e controle individual e social. Esse desequilíbrio social e individual se efetivou devido o indivíduo ser o hospedeiro e transmissor da doença, no qual era o próprio indivíduo que passava a doença. Porém, retirou-se dele a isenção da carga genética e constitucional que se acreditava antes (GONÇALVES, 2000).

Diante do considerável avanço da ciência, a TB ainda é considerada uma doença voltada por fatores que se desenvolvem em um contexto de pobreza e desigualdades sociais consideráveis.

E, em 1979, o Brasil adotou um sistema de tratamento para a TB, estabelecendo o seguinte esquema: esquema I (2RHZ/4RH), tal tratamento adotado para casos novos de TB, Esquema I reforçado (2RHZE/4RHE) no que tange ao retratamentos, Esquema II (2RHZ/7RH) para causas

meningoencefálicas, e Esquema III (3SZEEt/9EEt) em casos de falência (BRASIL, 2011b).

No ano de 2009, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, achou prudente rever o sistema de tratamento da TB no Brasil. Tal medida se consolidou através dos dados do II Inquérito Nacional de Resistência aos Medicamentos anti-TB, a amostragem dos resultados não foram satisfatórias, o que elevou um aumento da resistência a isoniazida (de 4,4%para 6%). Diante desse quadro introduziu-se o etambutol como o quarto fármaco na fase intensiva de tratamento (dois primeiros meses do Esquema básico) . O tratamento quimioterápico passa a ser em comprimidos de doses fixas com a administração de quatro medicamentos (RHZE), nas respectivas dosagens: R150mg, H75, Z400mg, e E 275mg. Tal medida é adotada e preconizada pela Organização Mundial de Saúde, sendo utilizada em diversos países para adultos e adolescentes, ressaltando que para as crianças abaixo de 10 anos é recomendado o esquema RHZ (BRASIL, 2011b).

Como podemos observar, um tratamento poliquimioterápico longo e que exige uma supervisão e monitoramento por parte dos profissionais, exigindo do individuo comprometimento para a concretude da cura, permitindo ao mesmo longevidade e qualidade de vida.

Segundo Neves e Gir (2010), um fator relevante e de magnitude é o surgimento de casos de HIV, uma vez a diminuição das defesas imunológicas, contribui para o desenvolvimento da Tuberculose, o autor afirma que ate junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de AIDS, com estimativa de que existem aproximadamente 600.000 portadores de HIV.

A terapia medicamentosa correta e o uso por tempo suficiente são requisitos cruciais para a cura da doença, evitando, assim, a persistência bacteriana e o surgimento de resistência aos fármacos. Assim, para que se torne eficaz a cura da doença e com melhor prognóstico complementar, o tratamento torna-se indispensável e o TDO (Tratamento Diretamente Observado) é uma estratégia relevante para a supervisão e o monitoramento das doses do paciente, além de se fazer a busca nos contatos domiciliares (BRASIL, 2011b).

Um fator crucial e relevante para a concretude do tratamento é o acompanhamento adequado desse paciente desde o momento que chega à unidade como sintomático respiratório até o estabelecimento do diagnóstico e

tratamento. Esta estratégia é vital para que se atinja com êxito a cura da doença, restabelecendo o indivíduo na sociedade como um ser produtivo e vital. É oportuno salientar e desenvolver ações que retratem o valor da abordagem primária tornando o trabalho da Atenção Primária à Saúde, nesta perspectiva, como uma estratégia crucial para o controle da TB, evitando, portanto, a disseminação da doença.

Conforme explicita Faria *et al.* (2009), esse processo de concretização do tratamento, deve levar em consideração a condição social do paciente, do universo em que vive, pois é sabido que doenças como a tuberculose estão intimamente ligadas à qualidade de vida. Sabe-se que o indivíduo desprovido de conhecimento e de condições dignas de alimentação e moradia são vulneráveis a contrair doenças, e que a falta de conhecimento agrava e expõe ainda mais as pessoas a fatores de risco por desconhecimento de como lidar com a doença.

Ressalta-se, também, que a Atenção Primária se constitui a porta de entrada desses indivíduos e de acordo com as políticas que a regem ela é uma aliada às questões de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo, cabendo aos profissionais desenvolver ações e condutas com êxito garantindo a cura ao paciente, podendo representar diminuição drástica nos casos de TB e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

5.2 Atenção Primária no Controle da Tuberculose

Com o objetivo de controlar a doença tem se adotado a estratégia *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS) como uma estratégia vital e de grande impacto internacional, assegurando aos brasileiros e aos profissionais da saúde uma estratégia crucial na diminuição dos casos de TB. As taxas de abandono ficam a cargo da Atenção Primária, sendo a condutora e a executora dessa atividade vital para o fortalecimento das ações de controle da TB (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde “propõe a articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p.163).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde se configura em uma dimensão social, onde todos os sujeitos devem estar aptos e preparados para colocar em prática suas ações e condutas primando pela promoção da saúde. A promoção da saúde é vista como uma condição social, política e cultural, de um povo ou de uma coletividade, e que torna crucial o desenvolvimento pleno dessas ações embutidas no profissional da Atenção Primária à Saúde. Ações essas de promoção pautadas na questão biopsicossocial do indivíduo, contribuindo para uma qualidade de vida. Nesta dimensão, torna-se relevante que a Atenção Primária a Saúde se configure por ações e serviços de caráter preventivo, curativo, individual e coletivo, concretizando de fato e com êxito a promoção da saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico tratamento reabilitação e manutenção da saúde (CONASS, 2011). No que tange aos cuidados pertinentes a TB, a Atenção Primária desenvolve ações de caráter individual e coletivo para diminuir a transmissibilidade da doença, a supervisão da tomada das doses, como uma alternativa a diminuir a transmissão da doença, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, como uma abordagem significativa para detectar casos suspeitos de TB, busca de contatos domiciliares e a vacina BCG, medidas preventivas e significativas no controle da doença. (BRASIL, 2010).

Considerando que a Atenção Primária a Saúde tem uma abordagem biopsicossocial, tratar o indivíduo como um ser único, dotado de capacidades para a promoção da sua saúde e um contexto sociocultural diversificado tem a capacidade de prevenir danos e agravos à saúde do próprio indivíduo e coletividade (BRASIL, 2006).

De acordo com Souza (2010, p.40):

Quando há supervisão, as pessoas em tratamento reconhecem sua importância, trazendo vários benefícios, tais como a desmistificação da doença pelo contato constante pelos profissionais de saúde, contribuindo para modificar também a imagem e o medo que as pessoas próximas tinham do contágio. Outro aspecto positivo é a percepção de estar recebendo um tratamento diferenciado, deixando de ser apenas mais um número e reconhecendo o investimento do estado em sua saúde. Isso lhe trás um certo compromisso com a continuidade do tratamento, que aliado

ao vínculo que acaba se formando entre elas e o profissional que realiza o tratamento supervisionado, fortalece ainda mais a decisão de realiza-lo.

Diante dessa concepção de um tratamento supervisionado, torna-se relevante a efetiva participação do usuário em seu tratamento uma vez que o mesmo torna-se o protagonista de sua própria história, se sente um ser importante e capaz, eleva sua autoestima, diminui o próprio preconceito que o mesmo carrega em decorrência de estar com uma doença infecto contagiosa e contribue, dessa forma, para a cura e melhoria na qualidade de vida. O tratamento supervisionado pelos profissionais da Atenção Primária diminui o abandono pelo usuário, garantindo as chances de cura. Com isso, o usuário em tratamento supervisionado da TB fortalece vínculo com os profissionais da Atenção Primária, resgatando seus valores como a moral e a dignidade humana, destacando que a Atenção Primária exerce ações de proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças, que são desenvolvidas por meio de ações estabelecidas por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2002).

Uma estratégia primordial no controle da TB na Atenção Primária a Saúde é o Tratamento Diretamente Observado, (TDO) constituindo-se, assim, em uma estratégia vital para diminuir os casos de abandono do tratamento, garantindo “a cura e uma melhor qualidade de vida para o usuário, estabelecendo também uma relação mutua de confiança com o profissional da saúde” (BRASIL, 2010, p.20).

Segundo Who (2009), o Tratamento Diretamente Observado (DOTS) pode atingir proporções globais para o controle da TB e ser uma prática realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, uma vez que o mesmo tem uma vivência com o usuário e já possui um vínculo com a pessoa em tratamento.

Conforme explicitam Ruffino Netto e Villa (2006), a imensurável busca dos sintomáticos respiratórios só começou a expandir com êxito a partir da inserção do DOTS, onde as taxas de abandono caíram de forma significativa.

Nesta dimensão preventiva, o Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração tem sido crucial como uma alternativa do tratamento da tuberculose, e uma maior adesão ao tratamento. A prática dessa metodologia de tratamento exige de fato um comprometimento por parte do governo em garantir com plenitude os recursos para o controle da doença, além de propor uma visão holística na

estruturação e organização dos serviços para a descoberta, o diagnóstico e o respectivo tratamento, dar subsídios para a concretude do diagnóstico mediante do exame de escarro nos sintomáticos respiratórios que procuram os serviços de saúde; garantia do tratamento medicamentoso e insumos para todos os laboratórios em todos os serviços de saúde. O mesmo autor afirma que tal estratégia se desenrola na Atenção Primária a Saúde como uma alternativa na efetivação do tratamento, com o intuito de diminuir as taxas de abandono e dar garantia de cura da doença em questão (SOUZA, 2010).

5.3A Relevância do Acolhimento ao Sintomático Respiratório e Portador de Tuberculose

Sabe-se que o acolhimento é crucial para a organização dos serviços de saúde, tendo em vista a “garantia de um atendimento humanizado, resolutivo, de qualidade e com responsabilização coletiva dos profissionais de saúde para os usuários que buscam os serviços de saúde” (MINAS GERAIS, 2007, p. 19-20).

O acolhimento não se constitui em um local, nem mesmo a um espaço, mas de fato uma postura ética, uma atividade que exige dos profissionais sensibilidade ao escutar angústias, lamentações, uma escuta que implica saberes devendo o profissional ter postura ética é vital para o sucesso do acolhimento e solucionar o problema do usuário.

Para Abbès (2010, p.50)

[...] é importante ressaltar que o acolhimento não é triagem e sim implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, é uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazida pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; é a construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerencia centrais e distritais, ou seja, é o rompimento com a lógica da exclusão.

Neste contexto, o acolhimento passa a ser uma nova ferramenta da Atenção Primária à saúde e é vital estabelecer e efetivar um acolhimento que

atenda todas as necessidades do usuário, uma escuta qualificada no qual implica saberes, uma escuta pautada em todas as solicitações do usuário, uma ferramenta indispensável na organização do processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, o profissional de saúde deve ter uma visão holística do usuário, respeitando suas queixas e suas singularidades, sabendo ouvi-lo e procurar solucionar o seu problema.

Dessa forma, o acolhimento torna-se o ápice, o encontro de partida do profissional de saúde com o usuário portador de TB. No primeiro contato entre ambos, é vital que o profissional de saúde saiba ouvir atentamente suas queixas, suas lamentações, procurando identificar o seu problema. Neste contato inicial com o usuário o profissional deve traçar seu planejamento e garantir ao usuário resolutividade.

Na vigência de um sintomático respiratório suspeito de portar o bacilo da TB, o acolhimento é o ponto inicial para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação da doença, devendo-se, de fato, realizar um acolhimento que atenda todas as necessidades do usuário o que é fundamental para a garantia da sua cura com êxito. No acolhimento, os pacientes devem receber orientações profiláticas quanto a TB, sua transmissão, orientando-o quando tossir ou espirrar a cobrir a boca e nariz, medidas essas que reduzem significativamente partículas infectantes no ambiente (MINAS GERAIS, 2007).

Sendo assim, torna-se primordial uma abordagem qualificada no acolhimento para sanar dúvidas dar orientações pertinentes a TB, diminuindo o medo, preconceito e a ansiedade do paciente frente a um possível diagnóstico de TB, encorajando o mesmo a realizar o tratamento.

Ayres *et al.* (2006, p. 306) ressalta que:

[...] o acolhimento passa a ser uma ferramenta que ira tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir uma atenção básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos.

Dessa forma, o acolhimento ao usuário com TB deve ser pautado na ética, tendo uma visão global do paciente, respeitando seus medos e angústias, sanando dúvidas e, acima de tudo, resgatar o seu conhecimento acerca da doença, pois a aquisição de conhecimentos por parte do indivíduo mudará seus hábitos, onde o mesmo será o sujeito de sua própria história.

Ao realizar o acolhimento o profissional de saúde deve enxergar que ali é um ser humano dotado de potencialidades para a promoção de sua saúde. O acolhimento ao portador de TB envolve conhecimento, presteza, sensibilidade por parte dos profissionais, as suas individualidades, devendo a equipe adotar medidas que irão nortear o tratamento e sua adesão por parte do indivíduo portador de TB.

5.4 Atenção Primária e Desafios no Tratamento da TB

É notável que a TB se constitui em uma condição patológica de grande contingência, constituindo-se em um grande problema de saúde pública e que ocupa, no cenário mundial, um marcador epidemiológico, o que tem deixado seus registros nas gerações. Para efetivar com êxito o tratamento da TB é necessário uma organização dos serviços de saúde prestados a população, existência de um sistema de referência e contra referência para uma melhor abordagem no tratamento da TB, e treinamento constante dos profissionais com o objetivo de ofertar uma assistência de qualidade para um prognóstico de excelência (PAIXÃO, e GONTIJO, 2007).

Marmot (2005) ressalta que para enfrentar as iniquidades em saúde, torna-se crucial que as ações governamentais sejam mais difundidas no contexto da saúde, de forma mais abrangente e que, principalmente, as políticas sociais se tornem mais amplas. O mesmo autor lembra que indivíduos com condição sócio econômica deficiente são desprovidos de condições materiais, acarretando aos mesmos dificuldades na adoção de comportamentos saudáveis. Outros fatores são determinantes: a disponibilidade de alimentos são empecilhos para a adoção de comportamentos saudáveis e às dificuldades de acesso ao sistema de saúde também devem ser considerados, já que representam determinantes distais do processo saúde-doença da população. Entretanto, além desses fatores, é

necessário também o envolvimento de outras esferas como, por exemplo, aquelas que envolvam a justiça.

Mesmo com a existência de drogas eficazes no combate a TB, existem diversos fatores que implicam no tratamento do paciente, tendo em vista que o indivíduo é um ser dotado de conflitos sociais, econômicos, culturais, um histórico de vida evidenciado por uma má alimentação, e condições humanas mínimas para a sobrevivência. Estes são fatores que dificultam a adesão ao tratamento pela Atenção Primária e até mesmo, aspectos organizacionais da Atenção Primária elucidam no tratamento da TB. A realidade que se evidencia ao tratamento da TB é complexo uma vez que o abandono do tratamento intervém no resultado, comprometendo o prognóstico, com o surgimento de fatores como a resistência ao tratamento medicamentoso, tratamento incompleto e até mesmo o abandono (LIMA *et al.*, 2001). Com isso, torna-se crucial a criação de vínculo com o profissional de saúde e o paciente, para exteriorizar esses fatores dificultosos no tratamento da TB garantindo a plenitude de cura e uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde, vem enfrentando obstáculos na adesão ao tratamento do paciente com TB, destacando uma gama de fatores como problemas sociais, aos serviços e ao profissional de saúde, podem ser apontados como determinantes do problema (MINAS GERAIS, 2007). Diante disso, a criação de vínculo com o profissional e o paciente deve ser um diferencial que vai propiciar e consolidar com o tratamento, pois o vínculo aproxima profissional e usuário, possibilitando ao paciente exteriorizar seus medos e suas angústias frente ao tratamento.

De acordo com Ponce *et al.* (2011), o acolhimento e o vínculo são grandes aliados para o alcance da integralidade em saúde e tais ferramentas conduzem profissionais e pacientes à criação de fortes laços interpessoais, mediante ao diálogo, a escuta, respeitando o paciente na sua singularidade e humanização da assistência, promovendo assim a corresponsabilização da saúde. O mesmo autor relata que esse fortalecimento de vínculo aprimora as habilidades humanas profissional e paciente, diminuindo o estigma da doença e a garantia de cura.

O enfoque nas ações de saúde como a organização do trabalho da equipe da Atenção Primária à Saúde é relevante para o sucesso no tratamento da TB. Visando um tratamento sólido torna-se necessária a incorporação de novas

estratégias como a tecnologia das relações, destacando ferramentas indispensáveis como o acolhimento qualificado, vínculo e atenção integral a saúde do portador de TB (PONCE *et al.*, 2011).

Diante desse contexto, é relevante apontar que a esfera social é um fator que pode intervir no processo saúde e doença principalmente no tratamento da TB. Um dos grandes desafios no tratamento da TB na Atenção Primária a Saúde é o abandono do tratamento acarretando em grandes prejuízos para a saúde pública e principalmente para o paciente. O abandono se caracteriza pela ausência do paciente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos, levando a um prolongamento do tratamento e de seu estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e o desenvolvimento de bacilos multirresistentes (MINAS GERAIS, 2007).

Para Souza (2010, p. 637)

Há uma variedade importante de estudos científicos apontando que o abandono está associado à coinfeção pelo HIV e a história de tratamento anterior para a tuberculose. Entretanto, é necessário considerar que a adesão ao tratamento transcende a clínica tradicional e está relacionada à forma que a pessoa concebe a doença e como vive. Logo, a adesão ultrapassa o ato de ingerir o medicamento e relacionar-se diretamente ao lugar ocupado pela pessoa no processo de produção e reprodução social, na medida em que desse processo decorrem condições favoráveis ou limitantes para a efetivação da manutenção terapêutica.

Nesta dimensão, o meio social no qual o portador de TB está inserido pode ser um processo dificultoso na adesão ao tratamento, uma vez que a esfera social ainda carrega consigo o estigma com relação à doença o que, de certa forma, pode gerar no indivíduo a não aceitação dessa doença, interferindo no tratamento, tornando-o um indivíduo com grandes possibilidades de transmitir a doença. Esse conflito social interfere no tratamento do paciente, impedindo-o de procurar os serviços de saúde, prolongando o seu estado infeccioso, acarretando prejuízos à saúde individual e coletiva, impedindo de certa forma o sintomático a procurar a unidade de saúde para possíveis esclarecimentos e orientações.

Para Neves e Gir (2010), o abandono do tratamento pode acarretar grandes consequências para o doente, prolongando o tratamento, gerando gastos

para a saúde pública, tornando um doente com potencial para a transmissão da doença, prolongando a infecciosidade. Diante desse cenário, o primeiro contato com o profissional é crucial e é o momento estratégico no qual profissional e paciente vão transmitir saberes, expressar medos e anseios por parte da doença, devesa estabelecer nesse momento uma relação mutua de cumplicidade e comprometimento por parte do profissional e o doente.

Conforme explicitam Paz e Sá (2009, p. 180)

[...] parece não haver corresponsabilização pelo tratamento por parte dos profissionais, e o doente passa a ser o único responsável pelo seu êxito. O sistema de saúde já oferece o diagnóstico, tratamento gratuito e profissional para atendê-lo de modo que as possíveis falhas serão advindas do não segmento das orientações não recebidas, mesmo se sabendo que os esquemas terapêuticos, ao combinarem pelo menos três drogas de uso prolongado, podem provocar sintomas como desconforto digestivo, astenia, prurido intenso, artralgia entre outros efeitos adversos, que faz com que rejeitem a medicação e pensem em desistir do tratamento, porque a qualidade de vida fica seriamente afetada.

Neste contexto, o profissional não participa efetivamente do tratamento com o paciente, o que, possivelmente, haverá falhas nas questões pertinentes as orientações quanto à tomada das doses, efeitos colaterais e, com isso, o paciente poderá fazer o uso indiscriminado da droga acarretando em efeitos adversos mais graves, tornando o tratamento incompleto e sem resolutividade, afetando, assim, a qualidade de vida desse paciente, e não concretizando o tratamento.

Para que se efetive um tratamento pautado em orientações e ao uso correto das medicações é necessário respeitar a singularidade do paciente, atentar quanto as suas queixas, valoriza-las de forma a trazer soluções para elas, tratando o sujeito em suas particularidades. O profissional de saúde deverá ter a sensibilidade de trazer para o tratamento os valores humanos como a moral, a dignidade, respeitar o paciente em sua totalidade, sabendo que ali é um ser humano e que suas possíveis queixas deverão ser valorizadas e respeitadas, para o sucesso do tratamento, deve haver o envolvimento de emoções e afeto entre profissional e paciente (PAZ e SÁ, 2009).

Para Gonçalves (2000), o universo social ainda é estigmatizante quando se trata de TB, há um repúdio social e isso dificulta no tratamento, uma vez que o doente se sente incapaz de socializar com as pessoas, abandonando o tratamento.

Pode-se dizer também que há, certa forma, um exílio social, e é nesse momento que os profissionais devem intervir efetivamente no tratamento, com uma sensibilização por parte dos profissionais desde a confirmação do diagnóstico até a finalização do tratamento, para que haja adesão ao tratamento, e que o doente se sinta confiante e motivado para a cura. Deve haver, também, a participação da família, diminuindo ansiedades, o medo e as angústias para a garantia de cura fatores indispensáveis na concretização do tratamento, efetivando a plenitude da cura (PAZ e SÁ, 2009).

A qualidade de vida da pessoa está fortemente atrelada na maneira pela qual o profissional vai conduzir o tratamento, as orientações que serão passadas, o comprometimento do profissional para com o tratamento e a maneira pela qual o profissional abordará o doente e o resgate familiar é vital no tratamento, sendo pontos estratégicos de grande relevância, que fortalecerão a adesão do tratamento pelo indivíduo. A maneira pela qual as orientações serão passadas, o tempo de duração da escuta, o tratamento quimioterápico diariamente, as consequências do abandono, tudo isso são estratégias que levarão com êxito a adesão do tratamento. O ato de informar adequadamente configura-se em uma educação permanente, onde deverá envolver todos os profissionais para o sucesso no tratamento da TB (BRASIL, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do referencial teórico no qual foi desenvolvido a presente pesquisa, é relevante apontar como causa do grande desafio para a Atenção Primária à Saúde no controle a TB o abandono do tratamento. Esse abandono está agregado a diversos fatores, no qual o indivíduo pode está inserido, tais como o contexto socioeconômico, cultural, político e religioso, condições que implicam e dificultam a adesão ao tratamento, uma vez que estamos , tratando de uma doença infecciosa e de grande escala mundial- são fragmentos conflitantes para a equipe da Atenção Primária e para o paciente.

Para a consolidação do tratamento é necessário quebrar os estigmas, o preconceito alienado pela sociedade, e até mesmo pelo paciente, e fortalecer o vínculo com a equipe. Deve-se ficar embutido no profissional e na equipe a necessidade de sensibilizar, de resgatar os valores humanos como a ética, a moral a dignidade pautadas no respeito à dignidade humana, pois o cuidar/cuidado não se restringe apenas na execução de técnicas e procedimentos, mas na multiplicação de ternura, amor e calor humano, consiste no respeito à dignidade humana na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, enfrentá-lo.

Por ser uma doença estigmatizante e contagiosa, o primeiro contato com a equipe de saúde é primordial no estabelecimento do tratamento, nas orientações quanto à assiduidade do tratamento supervisionado, a duração do tratamento, as formas de transmissão, os métodos para evitar a disseminação da doença enquanto um doente bacilífero. Estas são estratégias vitais na efetivação e consolidação do tratamento garantindo assim a plenitude da cura.

A equipe de saúde deve mostrar ao usuário que o mesmo é um ser potencial para a promoção de sua saúde, a partir da criação de vínculo, e das orientações pertinentes. O planejamento e a organização dos serviços são cruciais no tratamento da doença e toda a equipe de saúde deve estar apta e treinada para sanar dúvidas e orientar de forma pertinente os medos e angústias do portador de TB, garantindo, com êxito a sua cura. A equipe de saúde deve dar uma atenção integral ao paciente considerando o ser humano em sua totalidade e com necessidades biopsicossociais.

REFERENCIAS

ABBES, Cláudia. **Política de Humanização.** Disponível em: ([http://www.saude.mg.gov.br/noticias e eventos/politica-de-humanizacao e debatida-durante-seminario-ocorrido-em-Juiz%2520de-Fora%252003/05/2010](http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/politica-de-humanizacao_e_debatida-durante-seminario-ocorrido-em-Juiz%2520de-Fora%252003/05/2010)).

ALMEIDA, R. **Avaliação das teses de mestrado na área de educação no Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 1977. Dissert. (mestr.) UFRJ. **COMPLETAR OS DADOS**

AYRES, Regina Celi; PEREIRA, Silvia A.O.E; AVILA, Silvia, M.N; VALENTIM, Wilma. Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. **O Mundo da Saúde 2006.** abri/jun 30 (2). 306-311. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf Acesso em 20 de Abr de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde 2011a.20p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da saúde,** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. -8.ed.rev.-Brasilia:Ministerio da Saúde,2010a.402p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS, 2011b. 16p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. –Brasília: CONASS, 2011c. 17p.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: Acessória de Comunicação e Educação em Saúde- Ascom; 2002. 100 p.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Acessória de Comunicação e Educação em Saúde- Ascom; 2002. 100 p.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Acessória de Comunicação e Educação em Saúde- Ascom; 2002. 100 p.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2002b.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F. **Processo de trabalho em Saúde.Belo Horizonte**: Coopmed, 2009.68p. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 9 mar.2013.

Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2000.

LIMA, M.B. ; MELLO, D.A. ; MORAIS, A.P.P.; SILVA, W.C. Estudo de casos sobre o abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes. **Cad. Saúde Pública**. v 17, n.a, p. 877-885, 2001 [periódico on line]. 2001 [capturado em 22 de abr. 2013]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5293.pdf>.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, Oxford, v. 365, n. 9464, p. 1099-104, março, 2005.

MINAS GERAIS. Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2010 [capturado em: 22 de abr. 2013] http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=6495.

NEVES, L.A.S, GIR E. Mães portadoras do HIV/AIDS: percepções acerca da severidade da infecção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 4, p: 1135- 1141, 2010[periódico on line].2010 [capturado em 18 de abr. de 2013; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/41.pdf>. Acesso em: 25/04/2013.

PAIXAO, L.M.M. GONTIJO, E.D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**. v 41

n.2, p: 205-213, 2007 [Periódico on line]. 2007[Capturado em: 21 abr. 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200006&lng=pt&nrm=iso#back8.

PAZ, E.P.A.; SÁ, A.M.M. Cotidiano do tratamento a pessoas doentes com tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.17, n. 2, p: 180-186, 2009 [Periódico on line]. 2009 [capturado em: 22 abr de 2013];. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/07.pdf>.

PONCE, M.A.Z.; VENDRAMINI, S.H.F.; SANTOS, M.R.; SANTOS, M.L.S.G, SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. set-out 2011 [acesso em: 22 abr.2013];19(5):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_21.pdf.

RAMPAZZO, L. (1998). **Metodologia científica para alunos de graduação e pós graduação**. Ed. Stiliano, Lorena-SP. 152p.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. São Paulo, Martins Fontes, 1996. 294 p.

RUFFINO NETO, A.; VILLA S. T.C. (organizadores). Tuberculose. Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. **Histórico e peculiaridades regionais**. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB. Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose. CNPq; 2006.

SILVA, C.M. Equidade e promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. [Internet]. **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 451-458, out./dez. 2008[Periódico on line] 2008 [acesso em 22 abr.2013]. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/89/143>

SOUZA, S.S. **Representações sociais do viver com tuberculose** [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2006 [periódico on line].Out. –Dez. 2010 [capturado em 18 de abr. de 2013]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/05.pdf>. Acesso em: 25/04/2013.

WHO. Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2009.