

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
MBA GESTÃO SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

AMANDA TELES LOPES DE MELO

**TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO: EXPECTATIVAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**ARACAJU
2014**

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
MBA GESTÃO SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

AMANDA TELES LOPES DE MELO

**TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO: EXPECTATIVAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

ARTIGO APRESENTADO A
FACULDADE DE
ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS
DE SERGIPE PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE ESPECIALISTA
EM GESTÃO EM SAÚDE
PÚBLICA E DA FAMÍLIA

ARACAJU

2014¹

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
MBA GESTÃO SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO: EXPECTATIVAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Amanda Teles Lopes de Melo*

RESUMO

Este artigo teve como objetivos verificar as causas da expectativa dos agentes comunitários da saúde em relação ao tratamento diretamente supervisionado para a tuberculose, identificar se foram qualificados sobre o tratamento diretamente observado e levantar ações para minimizar o aspecto negativo da tuberculose. A pesquisa foi realizada com 02 agentes comunitários de saúde que exercem suas funções em uma Unidade de Saúde da Família em Canindé de São Francisco/Sergipe. O estudo foi do tipo exploratório, onde foi aplicado um questionário aos sujeitos da pesquisa. Os resultados obtidos revelaram o medo do contágio da tuberculose como uma das causas das expectativas negativas para realização do tratamento diretamente observado, além da falta de conhecimento em relação a esta técnica, oriunda da ausência de treinamentos e cursos de reciclagem.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Tuberculose; Tratamento Diretamente Observado.

INTRODUÇÃO

* Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família no município de Canindé de São Francisco-Sergipe.
enfa.amanda.teles@gmail.com

A tuberculose, doença tão antiga que quase se confunde com a própria história do homem, mantém-se como importante problema de saúde pública (HAJJAR et al., 2005).

No Brasil, reflete o estágio de desenvolvimento social do país, onde os fatores determinantes do estado de pobreza: desnutrição; más condições sanitárias; alta densidade populacional, fraquezas de organização do sistema de saúde; e deficiências de gestão limitam a utilização da tecnologia e, por consequência, inibem a queda da incidência da doença (MACIEL et al., 2008).

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e a emergência de focos de tuberculose multirresistente tem mobilizado o mundo para a questão da tuberculose e alertado as autoridades de saúde para necessidade de revitalização de seu controle, com o emprego de medidas enérgicas, eficazes e suficientes (VENDRAMINI et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem amplamente incentivado a implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) como parte da estratégia DOT'S (Directly Observed Therapy Short-Course), que visa favorecer a adesão do doente, e assegurar a conclusão do tratamento, uma vez que esses dois aspectos ainda continuam sendo as maiores barreiras para o efetivo gerenciamento da tuberculose e a causa para o aumento de multirresistente (GONZALLES et al., 2008).

No Brasil, a estratégia foi incorporada ao Plano Nacional de Controle da Tuberculose (FIGUEIREDO et al., 2009) e introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as Estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Sugere que tal parceria pode vir a contribuir para expansão das ações do Programa de Controle da Tuberculose(PCT), pois estas estratégias têm a família e o domicílio como instrumento de trabalho. Nesta perspectiva,

o Plano dá ênfase na atuação das equipes do Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono ao tratamento (MUNIZ et al., 2005).

O interesse pelo presente estudo surgiu através da confirmação de dois casos novos de tuberculose pulmonar em uma Unidade de Saúde da Família no município de Canindé de São Francisco-Sergipe, onde seria necessário o acompanhamento diário desses pacientes pelo agente comunitário de Saúde de cada micro-área para a realização do tratamento diretamente observado. Quando estes profissionais foram notificados pela equipe que era preciso cada um deles administrar a medicação diariamente, a reação não foi positiva, os quais se recusaram a fazer tal ação. Diante disso surgiu o seguinte questionamento: o que fazer para minimizar as expectativas negativas dos agentes comunitários de saúde quanto ao tratamento diretamente observado da tuberculose?

Seus objetivos são: verificar as causas da expectativa dos agentes comunitários da saúde em relação ao tratamento diretamente observado para a tuberculose; identificar se foram qualificados sobre o tratamento diretamente observado; levantar ações para minimizar o aspecto negativo da tuberculose.

REVISÃO DA LITERATURA

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que ataca o pulmão e outros órgãos. Tosse seca ou com catarro há mais de três semanas, emagrecimento, dor no peito, falta de ar, falta de apetite, febre baixa ao fim do dia, suores noturnos devem ser investigados, sob pena de a doença deixar sequelas e, sem tratamento, continuar a ser transmitida. A interrupção

da transmissão só se dá entre 15 e 30 dias depois de iniciado o tratamento. Até lá, um indivíduo com tuberculose pode infectar entre 10 e 15 pessoas por ano (LUOR, 2008).

A transmissão ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa (BRASIL, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um terço da população está infectada com a doença. No Brasil, no ano de 2010 foram notificados 71 mil casos de tuberculose. Apresenta anualmente 4,6 mil mortes (BRASIL, 2010). É o 17º país em número de casos em 22 países de alta carga, 22º país em taxa de incidência, prevalência e mortalidade, 4ª causa de mortes por doenças infecciosas e 1ª causa de mortes dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2010). Em Sergipe no ano de 2012, foram notificados 513 casos novos (BRASIL, 2013). Em Canindé de São Francisco no ano de 2014, já foram notificados 06 novos casos de tuberculose pulmonar no período de janeiro a julho do referido ano (SINAN, 2014).

O Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNTC), lançado pelo Ministério da Saúde em 1999, define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde e estabelece diretrizes para as ações. O controle eficiente da tuberculose sustenta-se sobre dois pilares: a descoberta precoce dos casos e o tratamento, que conduz à cura do doente. Dentre as estratégias estipuladas pelo PNCT para o controle da doença, o Tratamento com dose supervisionada, do inglês *directly observed therapy* (DOT), tem sido relatado como a única estratégia comprovadamente eficaz (MACIEL et al., 2008).

Tratamento Diretamente Observado

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), enquanto tecnologia de gestão do cuidado para o controle da tuberculose, constitui um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e família com tuberculose a ser executada por uma equipe de saúde. Inclui as seguintes atividades: avaliar o perfil sociocultural e econômico do doente e sua participação no plano terapêutico e adesão ao tratamento, observação da ingestão da medicação pelo profissional de saúde ou responsável pela supervisão, suporte psicológico ao doente e família, busca de sintomáticos respiratórios, entrega de incentivos, monitoramento do estado de saúde do doente através de dados registrados no sistema de informações em saúde (GONZALLES et al., 2008)

No ano de 1997 foi introduzido oficialmente no Brasil o componente TDO (NETTO, 2008), o qual apresenta os seguintes objetivos (BRASIL, 2011b):

- Melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado;
- Possibilitar a adesão garantindo a cura;
- Reduzir a taxa de abandono;
- Interromper a cadeia de transmissão da doença;
- Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes;
- Reduzir a mortalidade;
- Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de uma doença consuptiva, transmissível e de alto custo social;
- Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde.

Todos os casos de tuberculose devem ser tratados sob supervisão direta de um profissional de saúde e a escolha da modalidade TDO deve ser decidida entre a equipe da saúde e o paciente: domiciliar ou na Unidade de Saúde (BRASIL, 2011c),

porém sua realização predominante é no domicílio do doente (GONZALLES et al., 2008):

A frequência ideal de supervisão da administração da medicação é diária ou de segunda-feira a sexta-feira, todavia quando a supervisão diária não for possível deve-se insistir na tomada auto-administrada diária dos medicamentos. Excepcionalmente, a observação pode ser realizada por uma pessoa da família ou da comunidade desde que treinada e supervisionada por um profissional de saúde. No final do tratamento o paciente tem que apresentar no seu prontuário no mínimo de 24 tomadas na fase de ataque (primeiros 02 meses de tratamento) e 48 na fase de manutenção (últimos 04 meses de tratamento) (BRASIL, 2011C).

É importante dizer que algumas barreiras têm sido encontradas para a realização efetiva do TDO tais como horário de trabalho do paciente incompatível com o início das atividades da unidade de saúde e início das atividades dos agentes comunitário de saúde, indisponibilidade de veículo e número inadequado de funcionários para a realização do TDO (MACIEL et al., 2008).

Desse modo, os serviços de saúde de tuberculose devem estar organizados a fim de assegurar que(BRASIL,2011b):

- O doente receba o tratamento diretamente observado da tuberculose na unidade de saúde mais próximo da sua residência;
- Seja administrada a medicação no domicílio, unidade de saúde ou trabalho, auxiliada pelo profissional de saúde (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde);
- A pessoa que participa da administração dos medicamentos deverá ser identificada e aceita pelo paciente;

- Dois profissionais da unidade da saúde se responsabilizem concomitantemente pelo TDO do doente, em virtude de licença, férias e doença;
- Seja disponibilizado o tratamento para cada doente que ingresse no programa de tuberculose;
- Seja viabilizado fluxo para realização dos exames de escarro e a entrega dos resultados;
- Seja garantida a internação do paciente quando necessário;
- Seja garantida a referência e a contrarreferência;
- Na unidade de saúde, haja uma organização dos registros e de informações dos usuários sob investigação e em tratamento da tuberculose.

É imprescindível ressaltar que o tratamento diretamente observado é mais do que observar a deglutição dos medicamentos: é uma estratégia de construção de vínculo entre o paciente, o profissional de saúde e o serviço de saúde (BRASIL, 2011c).

O Agente Comunitário de Saúde e o seu papel no controle da tuberculose

A proposta do modelo de Atenção do SUS através da Estratégia Saúde da Família exige uma mudança no processo de trabalho da Equipe de Saúde, que deixa de lado focar apenas na atenção às condições agudas e passa a ter seu foco dirigido às condições crônicas, à promoção e manutenção da saúde. Nessa mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é o processo saúde-doença da população sob cuidado. Toda equipe de saúde é corresponsável pelo processo de atenção a problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. A divisão de tarefas entre os componentes da equipe, dentro das atribuições da categoria, deve ter

flexibilidade para adequar-se à situação de saúde da população adscrita(BRASIL, 2011a).

A mínima composição da equipe de saúde da família, requer a presença de 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um agente para cada 750 pessoas e 12 agentes para cada equipe de saúde da família(BRASIL, 2011a).

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde tem sido um personagem muito importante realizando a integração dos serviços de saúde da atenção primária à saúde na comunidade(BRASIL, 2009).

Tratando-se da tuberculose, o agente comunitário de saúde é de fundamental importância no combate a esta doença realizando as seguintes funções(BRASIL, 2009):

- Supervisionar a tomada da medicação, conforme planejamento da equipe. O Ministério da Saúde recomenda pelo menos três observações semanais, nos primeiros dois meses, e duas observações por semana até o seu final;
- Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento;
- Realizar ações educativas junto a comunidade;
- Orientar que os medicamentos precisam ser tomados juntos para que façam o efeito desejado, por isso, deve informar para que a pessoa não estranhe a quantidade de medicamentos. A medicação deve ser preferencialmente tomada em jejum;
- Identificar os sintomáticos respiratórios (pessoas apresentando tosse com expectoração há pelo menos 03 semanas) nos domicílios e na comunidade e encaminhá-las a unidade de saúde;

- Encaminhar os comunicantes (pessoa que tem contato com o doente) à unidade básica de saúde para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário;
- Informar que os medicamentos podem apresentar reações ruins ou efeitos colaterais;
- Orientar mulheres em idade fértil que estão em tratamento medicamentoso para tuberculose que estes medicamentos interferem na ação dos contraceptivos orais (pílulas) e que elas devem buscar novas orientações sobre anticoncepção com a equipe de saúde;
- Nas visitas domiciliares, atender os usuários em ambientes arejados (com ventilação de ar) e de preferência com luz solar (varandas, perto de janelas);
- Orientar sobre a importância da continuidade do tratamento até a alta e seguir as orientações da equipe;
- Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde;
- Orientar para consumir alimentos saudáveis, estimular o consumo de líquidos e manter o ambiente limpo e arejado;
- Reforçar com os familiares a importância de procurar o serviço de saúde para avaliar a sua situação de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, realizada com 02 Agentes Comunitários de Saúde lotados em uma Unidade de Saúde da Família na cidade de Canindé de São Francisco-Sergipe. Esta cidade está localizada na região do alto sertão sergipano a 199 quilômetros de Aracaju. Segundo o último censo demográfico em 2010, Canindé possui 24.686 habitantes e em relação a sua divisão territorial para atuação das equipes de

saúde da família, está dividida em 10 áreas. A equipe em que os agentes participaram da pesquisa é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório dentário e 06 agentes comunitários de saúde. A escolha do agente de saúde estava relacionada com a presença de pacientes portadores de tuberculose pulmonar na micro-área de atuação.

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário, obedecendo os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As falas serão transcritas na íntegra com a autorização dos sujeitos participantes do estudo.

O método utilizado foi o qualitativo. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) “as pesquisas qualitativas seguem uma tradição “compreensiva” ou interpretativa, ou seja, partem do pressuposto de que as pessoas agem em função das suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado” (p.131).

O estudo foi do tipo exploratório, o qual de acordo com Gil (1999, p.43) “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, além de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação aos colaboradores do estudo, foi utilizada a sigla ACS para evitar a identificação dos mesmos. O ACS1 relatou em resposta ao questionário que trabalha como agente de saúde há 07 anos e o ACS2 exerce a função há 01 ano.

Foi questionado aos agentes de saúde se ao iniciar as atividades profissionais receberam treinamento para os cuidados com o paciente com tuberculose e obteve-se as seguintes respostas:

“Não. Quando iniciei as minhas atividades nem sabia direito o trabalho do agente de saúde e nem treinamento tive. Com o passar do tempo que aprendi.” (ACS1)

“Não. Fui apenas orientada pelo médico e pela enfermeira chefe.” (ACS2)

Diante do exposto, percebe-se que os profissionais nunca foram treinados antes de iniciar a função de agente comunitário de saúde.

Segundo Brasil (2001) o processo de seleção e contratação dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros, o candidato à vaga de agente não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Aprovado, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro instrutor/supervisor.

Outro questionamento realizado foi se os agentes comunitários foram treinados para realizar o tratamento diretamente observado para tuberculose, apresentando as seguintes falas:

“Não. Só tive orientação de como fazer isso através de minha enfermeira, para fazer o acompanhamento do paciente.” (ACS1)

“Não. Fui orientada pela equipe do PSF (médico e enfermeira chefe) e através de conversa.” (ACS2)

Percebe-se que os agentes de saúde nunca foram treinados para realizar o tratamento supervisionado. Os conhecimentos adquiridos foram obtidos através de orientação do médico e enfermeiro da equipe, os quais realizam reunião semanais e nesse momento orientam a equipe.

Foi-lhes perguntado se sabiam o que é o tratamento diretamente observado, os quais responderam da seguinte forma:

“Sim. É quando o agente ou outra pessoa da equipe do PSF, a partir do diagnóstico da doença começa a orientar e acompanhar diariamente o paciente com a doença até o final do tratamento”. (ACS1)

“Sim. É o acompanhamento diário no domicílio, observando a ingestão do remédio, registrando as informações em relatório, observando o desempenho de melhora do paciente, questionando se o mesmo sente-se melhor ou se há algum efeito que incomoda. O paciente é orientado a tirar dúvidas sobre a doença e tratamento,” (ACS2)

Diante das respostas acima, percebe-se que os agentes sabem o que é o tratamento diretamente observado, mesmo sem ter realizado treinamentos para realizar esta ação. Todo conhecimento adquirido sobre o tratamento diretamente observado foi adquirido através da orientação do enfermeiro da equipe.

De acordo com Campinas e Almeida (2004), em nível operacional, a supervisão, o treinamento, a reciclagem são pontos cruciais e indissociáveis do êxito do Programa Saúde da Família. Enfatizam ainda que essa supervisão não deve ser compreendida

enquanto um processo burocrático-fiscalizador. O supervisor deve ser a pessoa de referência para atuação do agente, alguém que treina, recicla, atualiza. Trata-se de um profissional que é capaz de dar segurança para o desenvolvimento das intervenções necessárias.

Os agentes comunitários foram interrogados se participavam periodicamente de cursos de reciclagem que falam sobre tuberculose e do tratamento diretamente observado e quando foi o último curso, os quais responderam:

“Não. Já participei de palestras sobre tuberculose, mas até então sobre o tratamento supervisionado nunca.” (ACS1)

“Não” (ACS2)

González et al. (2008), afirmam que a prática do TDO no domicílio exige capacitação e supervisão permanente dos profissionais envolvidos na atenção ao doente com tuberculose e família, além da apropriação de novos conhecimentos para o planejamento e execução das ações de saúde e articulação da assistência entre o serviço e o doente e família.

Foi-lhes questionado quais foram as suas expectativas quando foi avisado que iria realizar o tratamento diretamente observado em um paciente com tuberculose e o porquê, obtendo-se as seguintes respostas:

“De não fazer! Porque até então não sabia que tínhamos que fazer esse acompanhamento. Pelos riscos que sabemos que iríamos correr nas primeiras semanas por ser uma doença contagiosa e por não ter treinamentos e orientações adequadas e capacitados de como lidar com esses pacientes e a doença, pois nem todo mundo aceita a doença.” (ACS1)

“Foram muitas expectativas. Confesso que fiquei muito assustada, pois nunca tinha vivido tal situação em cuidar de paciente com tuberculose. Doença que não tinha conhecimento de sintomas, tratamento e transmissão. Em fim, fiquei muito preocupada até mesmo com a minha própria saúde. Após orientações e pesquisa na internet, minhas expectativas são as melhores. Já não tenho mais medo e dúvidas que tinha, o paciente se mostra muito dedicado, apresentando melhoras e eu empenhada em ajuda-lo a ficar definitivamente curado.”

Observa-se através das respostas dos agentes que as expectativas quanto a realização do tratamento diretamente observado são negativas. Percebe-se uma resistência em não realizar a ação por causa do medo do contágio da doença e por ser a primeira vez que estavam realizando o tratamento diretamente observado somando-se à falta de conhecimento relacionado a doença.

Lima et al. (2001) verificaram que as pessoas percebiam a tuberculose como doença perigosa, contagiosa, de aceitação difícil, tinham ansiedade, medo, desgosto, raiva, pois se sentiam rejeitadas socialmente. A concepção de que a tuberculose é ainda uma doença carregada de estigma social reforça as atitudes da resignação dos doentes diante do sofrimento.

Campinas e Almeida (2004) em suas pesquisas revelam o medo dos agentes de saúde, que ao mesmo tempo em que sabem que precisam acolher o doente, têm medo de contrair a tuberculose.

CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos dados, pôde-se concluir que os objetivos da pesquisa foram alcançados, visto que foi detectado que as causas das expectativas

negativas dos agentes comunitários de saúde em relação ao tratamento diretamente observado estão relacionadas à falta de conhecimento em relação à doença e a falta de preparo quanto a realização do TDO. Por não entender sobre a tuberculose, os agentes acabaram por ficar angustiados ao saber que teriam que realizar a supervisão do tratamento e essa angustia era provocada pelo medo de contrair a doença.

Sugere-se através desse estudo que cursos de reciclagem sejam realizados frequentemente para aperfeiçoamento profissional dos agentes. Que no momento da contratação dos mesmos haja um treinamento, os preparando para sua atuação e não permitir que o dia a dia e suas próprias experiências sejam seus reais professores. Oferecer o curso Introdutório, o qual é imprescindível para todos os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). Estimular aos agentes a fazer cursos, seja eles de nível técnico, graduação ou pós-graduação. Incentivar a realização de cursos da Escola Técnica do SUS no município de atuação desses agentes.

Um profissional treinado e capacitado é aquele que está preparado para realizar suas atividades em quaisquer circunstâncias e situações, não se sentindo inseguro, incapaz ou despreparado quando lhes for exigido desempenhar suas funções.

ABSTRACT

This article aims to explore the causes of the expectation of CHWs compared to directly observed treatment for tuberculosis, were trained on identifying whether the directly observed treatment and raising actions to minimize the negative aspect of tuberculosis. The survey was conducted with 02 community health workers who exercise their functions in a Family Health Unit in San Francisco Caninde / Sergipe. The study was an exploratory, where a questionnaire to the research subjects was applied. The results revealed the fear of contagion of tuberculosis as a cause of negative

achievement for the directly observed treatment expectations, and lack of knowledge about this technique, arising from lack of training and refresher courses.

Keywords: Community Health Agent; tuberculosis; Directly Observed Treatment.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernanda. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisas quantitativas e qualitativas. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Principais indicadores de tuberculose**. Sistema Nacional de Agravos e Notificações/Tuberculose, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abr>.

_____, Ministério da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. **A estratégia saúde da família**. Pg. 54-70. (coleção para entender a gestão do SUS 2011 volume-3). Conselho Nacional de secretários de saúde. Brasília, 2011a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**/Ministério da Saúde, secretaria de vigilância em saúde, departamento de vigilância epidemiológica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Recomendações para o controle da tuberculose**. Guia rápido para profissionais de saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2011c.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Tuberculose, 2010**. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

_____,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático de Agente Comunitário de Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**/ Ministério da Saúde, secretaria de atenção a saúde, departamento de atenção básica. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____,Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

CAMPINAS, Lúcia de Lourdes Leite; ALMEIDA, Margarida Maria Mattos Brito de. Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no

Programa Saúde da Família. **Revista Bol Pneumol Sanit**, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

FIGUEIREDO, Tânia Maria Ribeiro Monteiro de; VILLA, Tereza Cristina Scatena; SCATENA, Marina; GONZALES, Roxana Isabel; RUFINO-NETTO, Antônio; Jordene de Almeida; OLIVEIRA, Arleuson Ricardo de; ALMEIDA, Sandra Aparecida de. Desempenho da Atenção Básica no Controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. P.43.

GONZÁLES, Roxana Isabel Cardoze; MONROE, Aline Aparecida; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; OLIVEIRA, Mayara Fernanda de; NETTO Antônio Ruffino; VILLA, Tereza Cristina Scatina. Indicadores de desempenho do DOT no domicílio para controle da tuberculose em município de grande porte, São Paulo, Brasil. **Revista latino-americana de Enfermagem**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

HAJJAR, Miguel Aiub; PROCÓPIO, Maria José; FREITAS, Lísia Maria Raymunda de; GUEDES, Regina; BETHELEN P. Epidemiologia da Tuberculose: Importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Revista Pulmão**. Curso de Tuberculose. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

LIMA, Mary Braga de; MELLO, Dalva A.; MORAES, Ana Patrícia P.; SILVA, Weber C. da. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

LUOR, Adriano de. Tuberculose: Panorama doloroso no Estado do Rio. **Radis: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro. Nº 69, maio de 2008, p. 18-20.

MACIEL, Ethel Leonor Noia; SILVA, Ana Paula; MEIRELES, Waleska; FIOROTTI, Karina; HADAD, David Jamil; DIETZE, Reynaldo. Tratamento Supervisionado em Pacientes Portadores de Tuberculose Utilizando Supervisores Domiciliares em Vitória, Brasil. **Revista Brasileira de Pneumonia**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

MUNIZ, Jordana Nogueira; PALHA, Pedro Fredemir; MONROE, Aline Aparecida; GONZALES, Roxana Cardoze; NETTO, Antônio Ruffino; VILLA, Tereza Cristina Scatena. A Incorporação da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios Para Controle da Tuberculose na Prática do Agente Comunitário de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

NETTO, Antônio Ruffino; GONZALES, Roxana Isabel Cardoso; MONROE, Aline Aparecida; ASSIS, Elisângela Gisele de; PALHA, Pedro Fredemir; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2008. Disponível em: www.scielo.br.

Sistema Nacional de Agravos e Notificações(SINAN). Agosto, 2014.

VENDRAMINI, Silva H. F.; GAZETTA, Cláudia Eli; KUYUMJIAN, Villa Tereza C. S. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Revista Brasileira de Pneumonia**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

APÊNDICE

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS
MBA EM SAÚDE PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO: EXPECTATIVAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Amanda Teles Lopes de Melo

QUESTIONÁRIO

- 1) Há quanto tempo você é Agente Comunitário de Saúde?
- 2) Quando você iniciou suas atividades como agente comunitário de saúde, você foi treinado para os cuidados com o paciente com tuberculose?
- 3) Você foi treinado para realizar o tratamento diretamente observado para tuberculose?
- 4) Você sabe o que é o Tratamento Diretamente Observado?
- 5) Você participa periodicamente de cursos de reciclagem que falam sobre tuberculose e do tratamento diretamente supervisionado? O último foi quando?

- 6) Quais foram as suas expectativas quando você foi avisado que iria realizar o Tratamento Diretamente observado em um paciente com tuberculose? Por quê?