



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade de Brasília

MELINA MAFRA TOLEDO

DISCURSO COLETIVO: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS FRENTE À
INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb) E O TRATAMENTO COM
ISONIAZIDA 300 MG

Brasília-DF

2023



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

MELINA MAFRA TOLEDO

DISCURSO COLETIVO: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS FRENTE À
INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb) E O TRATAMENTO COM
ISONIAZIDA 300 MG

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
(UnB).

Orientador: Prof. Dr. Wildo Araújo Navegantes

Coorientadora: Profa. Dra. Josenaide Engracia dos Santos

Brasília-DF

2023

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

TT649d Toledo, Melina Mafra
Discurso coletivo: conhecimento, atitudes e práticas frente à infecção latente da tuberculose (ILTb) e o tratamento com Isoniazida 300 mg / Melina Mafra Toledo; orientador Prof. Dr. Wildo Araújo Navegantes; co orientador Profa. Dra. Josenaide Engracia dos Santos. -- Brasília, 2023.
117 p.

Tese(Doutorado em Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2023.

1. Uso da Isoniazida (INH) no enfrentamento da infecção latente da tuberculose (ILTb). 2. Compreender o pensar e o agir coletivo de profissionais de saúde em relação à ILTB. I. Navegantes, Prof. Dr. Wildo Araújo , orient. II. Santos, Profa. Dra. Josenaide Engracia dos , co-orient. III. Título.

MELINA MAFRA TOLEDO

DISCURSO COLETIVO: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS FRENTE À
INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE (ILTb) E O TRATAMENTO COM
ISONIAZIDA 300 MG

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Myria Ribeiro da Silva (Membro Externo)
Universidade Estadual Santa Cruz

Profa. Dra. Rosangela Elaine Mineo Biagolini (Membro Externo)
Secretaria Municipal Saúde de São Paulo

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva (Membro interno)
Universidade de Brasília

Dra. Noemia Urruth Tavares Leão (Membro interno suplente)
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

Ao meu EU SUPERIOR, que sabiamente sustentou-me durante toda a jornada.

À minha família, que torceu de longe para a conclusão desta etapa acadêmica.

Aos colegas de trabalho da Gerência de Áreas Programáticas (GAPAPS), pelo apoio e risadas que tanto ajudaram a me descontraír.

A Sandra, companheira da vigilância epidemiológica, pela disponibilidade e apoio, e que, com tanto afinco, gerencia o agravo da Tuberculose em nossa região de saúde.

À equipe do estudo multicêntrico da Universidade do Espírito Santo, pela disponibilidade e colaboração na construção do questionário da pesquisa e do banco de dados deste estudo.

Aos meus amigos da Biodança, que me nutriram com afeto e vitalidade quando eu estava desanimada. Em especial, a Bhadra, pois, sem sua alegria e apoio, eu teria permanecido pelo caminho.

Aos colegas do doutorado, pelo apoio, pelas risadas e partilhas durante o momento de realização das disciplinas e, especialmente, a Mary Anne, nossa aluna exemplar que criava apresentações e *slides* lindos, e a Bárbara Sodré, baiana arretada que me apoiou e manteve firme a determinação de seguir com o estudo.

A Fernanda Fontoura, que vem acompanhando minha trajetória pessoal no *setting* terapêutico com escuta qualificada e amorosidade. São tantas emoções...

Aos colegas e terapeutas do Processo, Joana e Fausto. Foram muitos os avanços na evolução de cada um. Autoconhecimento é Poder!! Foi um trabalho de respeito e compaixão... Somos borboletas prestes a voar!

A Sodré que, com paciência e leveza, ajudou a tratar as somatizações do estresse no meu corpo, pois nem tudo foram flores.

A Fernando Junior, por trazer mais leveza, cuidado e amor nesta reta final.

Às minhas duas lindas gatinhas pretinhas que tanto amo, companheiras nas madrugadas de estudos e em todas as horas, transmutando minhas energias, fazendo-me carinhos e aliviando-me do estresse.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Wildo Navegantes, pela disponibilidade em conjuntamente realizar este estudo, e à minha coorientadora, Dra. Josenaide Engracia, pelo acolhimento, orientação, confiança, apoio e incentivo no desenvolvimento deste estudo. Obrigada por tornar mais leve e divertida a minha trajetória.

À Profa. Dra. Rozemere, com quem eu pude entender valores importantes para os momentos de desalento, como a entrega, confiança, serenidade e paciência

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade de Brasília, por incentivarem a pesquisa, acreditando no aperfeiçoamento da prática acadêmica e profissional.

*Quando a vida bater forte
e sua alma sangrar,
quando esse mundo pesado
lhe ferir, lhe esmagar...
É hora do recomeço.
Recomece a LUTAR.*

*Quando tudo for escuro
e nada iluminar,
quando tudo for incerto
e você só duvidar...
É hora do recomeço.
Recomece a ACREDITAR.*

*Quando a estrada for longa
e seu corpo fraquejar,
quando não houver caminho
nem um lugar pra chegar...
É hora do recomeço.
Recomece a CAMINHAR.*

*Quando o mal for evidente
e o amor se ocultar,
quando o peito for vazio,
quando o abraço faltar...
É hora do recomeço.
Recomece a AMAR.*

*Quando você cair
e ninguém lhe aparar,
quando a força do que é ruim
conseguir lhe derrubar...
É hora do recomeço.
Recomece a LEVANTAR.*

*Quando a falta de esperança
decidir lhe açoitar,
se tudo que for real
for difícil suportar...
É hora do recomeço.
Recomece a SONHAR.*

Enfim,

*É preciso de um final
pra poder recomeçar,
como é preciso cair
pra poder se levantar.
Nem sempre engatar a ré
significa voltar.*

*Remarque aquele encontro,
reconquiste um amor,
reúna quem lhe quer bem,
reconforte um sofredor,
reanime quem tá triste
e reaprenda na dor.*

*Recomece, se refaça,
relembre o que foi bom,
reconstrua cada sonho,
redescubra algum dom,
reaprenda quando errar,
rebole quando dançar,
e se um dia, lá na frente,
a vida der uma ré,
recupere sua fé
e RECOMECE novamente.*

(Recomece / Bráulio Bessa)

RESUMO

Introdução: Para reduzir o desenvolvimento de tuberculose (TB) ativa e eliminar a infecção em todo o mundo, indivíduos com Infecção Latente da Tuberculose (ILT) e seus contatos devem ser tratados de forma adequada. A Isoniazida (INH) está entre os regimes alternativos consistentemente recomendados no tratamento para ILT. A maioria das perdas no processo de tratamento da TB e da ILT ocorre nos primeiros passos: identificação do contato e encaminhamento para investigação, o que compromete a cascata de cuidado. **Objetivo:** Compreender o pensar e o agir coletivo de profissionais de saúde em relação à ILT e ao uso da INH no enfrentamento da doença. **Método:** Estudo de abordagem quali-quantitativa desenvolvido em duas etapas: entrevista coletiva com trabalhadores da saúde (N=22) divididos em três grupos: atenção básica, atenção especializada e gestores de quatro unidades federadas e do Distrito Federal. O roteiro da entrevista coletiva incluiu questões comuns aos três grupos e específicas a cada grupo. A coleta de dados ocorreu presencialmente em Brasília, em março de 2019. Os conteúdos emergentes dos grupos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que expressa o pensamento de um grupo ou coletividade. A segunda etapa envolveu um estudo transversal nacional sobre o conhecimento, atitudes e práticas com amostra representativa (N=56) de profissionais de saúde prescritores da medicação e atuantes no cuidado à TB. **Resultados:** Os discursos dos profissionais revelaram incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da ILT, ao “medo de errar” e formas inadequadas de uso da INH 300 mg, ao poder da decisão sobre o tratamento da ILT, às dificuldades e fragilidades da integração entre os serviços básicos e especializados, e a ausência de fluxos assistenciais/linha de cuidado. A maioria dos participantes apresentou conhecimento, atitudes e práticas de prevenção condizentes com as recomendações nacionais para tratamento, por outro lado, evidenciaram-se dúvidas sobre o conhecimento e as práticas de prevenção associadas às diferenças entre TB ativa de ILT, questão primordial para a cascata de cuidados. **Conclusão:** Embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da ILT as manifestações subjetivas relacionadas à necessidade de trabalhar, os receios que afetam a decisão sobre o tratamento são importantes e devem ser consideradas na gestão e no planejamento de ações de saúde, a fim de pensar esse

processo de forma colaborativa e autônoma, tanto para profissionais quanto para a pessoa portadora da ILTB. Assim, os achados do estudo sugerem que ações futuras de prevenção e de controle da TB devem priorizar intervenções dirigidas ao conhecimento, atitudes e práticas sobre ILTB e intervenções dirigidas a reduzir os problemas na infraestrutura deficiente, os quais certamente ultrapassam os limites operacionais e do trabalho em saúde e se relacionam aos determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Tuberculose latente; Tuberculose; Isoniazida; Pessoal da saúde; Adesão ao tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

To reduce the dissemination of active tuberculosis (TB) and eliminate the infection worldwide, individuals with Latent Tuberculosis Infection (LTBI) and their contacts must be treated appropriately. Isoniazid (INH) is one of the most consistently recommended alternative regimens in the preventive treatment of LTBI. Most losses in the TB and LTBI treatment process occur in the first steps: contact identification and referral for investigation, which compromises the care cascade. **Objective:** To understand the thinking and collective action of health professionals regarding LTBI and the use of INH to treat the disease. **Method:** A quali-quantitative study approach developed in two stages: collective interview with health workers (N=22) divided into three groups: primary care, specialized care and managers of four units of the federation and the Federal District. Data collection took place in Brasília in March 2019. The emerging contents of the groups were analyzed using the Collective Subject Discourse technique, which expresses the thinking of a group or collectivity. The second stage involved a national cross-sectional study on knowledge, attitudes and practices with a representative sample (N=56) of health professionals prescribing medication and working in TB care. **Results:** The professionals speeches revealed uncertainties related to the prevention and treatment of LTBI, the “fear of making mistakes”; and inappropriate ways of using INH 300 mg, the importance of decision-making in the treatment of LTBI, the difficulties and weaknesses in the integration of basic and specialized services, and the absence of care flows/lines of care. On one hand, most participants showed knowledge, attitudes and prevention practices that are consistent with national recommendations for treatment; on the other hand, some of them were uncertain about the knowledge and prevention practices associated with the differences between active TB and LTBI, a key issue for the cascade of care. **Conclusion:** Although the professionals’s; speech emphasizes objective aspects in the management of LTBI, the subjective expressions of the fears affecting the decisions over the treatment are important and must be considered in the management and planning of health actions, in order to think about this process in a collaborative and autonomous way, both for professionals and for the person with LTBI. Thus, the findings of the study suggest that future actions for the prevention and control of tuberculosis should prioritize interventions aimed at knowledge, attitudes and practices

about LTBI, as well as the reduction of problems in infrastructure, which certainly go beyond the operational limits in health care, and relate to the social determinants of health.”

Keywords: Latent tuberculosis; Tuberculosis; Isoniazid; Health professional; Adhering to drug treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tendência global nas notificações de casos de pessoas recém-diagnosticadas com TB. Mundo, 2015 a 2021	21
Figura 2 - Taxas globais estimadas de incidência de TB. Mundo, 2019.....	21
Figura 3 - Coeficiente de incidência de TB geral e por faixa etária (por 100 mil hab.). Brasil, 2010 a 2019	22
Figura 4 - Proporção de casos novos de TB notificados e acompanhados por serviços de atenção primária à saúde por unidade federada. Brasil, 2019	23
Figura 5 - Percentual de notificações de tuberculose segundo unidades notificadoras. Distrito Federal, 2020	24
Figura 6 - Processos relacionados à tríade de avaliação de nova posologia	40
Figura 7 - Etapas para a Avaliação de Implementação da INH 300 mg para o tratamento da ILTB.....	41
Figura 8 - Componentes do Discurso do Sujeito Coletivo	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IGRA	<i>Interferon-Gamma Release Assays</i>
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
INH	Isoniazida
MS	Ministério da Saúde
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
NTCA	<i>National Tuberculosis Controllers Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PT	Prova Tuberculínica
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TST	Teste Tuberculínico
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNB	Universidade de Brasília
USAID	<i>United State Agency for International Development</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA TB NO MUNDO E NO BRASIL	20
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA TB	24
2.3 INFECÇÃO LATENTE POR TB	27
2.4 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E TRANSMISSIBILIDADE	27
2.5 ASPECTOS DA ILTB	30
2.6 TESTES DIAGNÓSTICOS ILTB	31
2.7 TESTE TUBERCULÍNICO.....	32
2.8 TESTES <i>INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAYS</i>	33
2.9 TRATAMENTO PRECONIZADO E ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA ILTB.....	35
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 OBJETIVO GERAL.....	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO	40
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA	40
4.2 DESENHO DE ESTUDO.....	42
4.3 ETAPA QUALITATIVA	43
4.4 ETAPA QUANTITATIVA.....	48
4.5 PARTICIPANTES E TAMANHO DA AMOSTRA	49
4.6 COLETA DE DADOS	50
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	50
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	51

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 ARTIGO 1: “DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA”	52
5.2 ARTIGO 2: “TUBERCULOSE LATENTE: ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”	71
5.3 ARTIGO 3: “CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS (CAP) DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA SOBRE ILTB”	84
6 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICE A – CÓPIA DA PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO PUBLICADO	107
APÊNDICE B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO SEGUNDO ARTIGO	108
APÊNDICE C – COMPROVANTE DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO EM ANAIS DE CONGRESSO	109
APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS COLETIVAS	110
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	111
ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DA ISONIAZIDA PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE: PRESCRIÇÃO DA MEDICAÇÃO	112

APRESENTAÇÃO

O ingresso no curso de doutorado em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UnB) marca o início de uma etapa muito importante da minha vida acadêmica. O desafio de como articular a tríade ensino-pesquisa-extensão sempre foi para mim um propulsor, movendo-me em busca de respostas, conhecimentos e evidências, a partir da observação das práticas, dos processos e das relações existentes no meu campo de atuação.

Com uma trajetória profissional pautada sempre na promoção, prevenção e na coletividade, desenvolvi minhas atividades profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Como trabalhadora do SUS e atuando na gestão local de serviços programáticos, observo que muitos dados são produzidos pela instituição, mas, geralmente, não estão sistematizados e pouco geram evidências científicas. Além disso, há um abismo entre o que se propõe nas políticas e o que de fato ocorre na realidade da assistência, por isso, há uma grande oportunidade para ampliar o conhecimento sobre as práticas e os processos de trabalho no que diz respeito a doenças ainda negligenciadas como a Tuberculose, tema central desta pesquisa.

Edgar Morin (1999, p. 27) afirma que “a informação nasce do nosso diálogo com o mundo, e nele sempre surgem acontecimentos que a teoria não tinha previsto”. É neste sentido que busco contribuir com o campo do conhecimento da saúde coletiva, baseada em muitas perguntas, diálogos e incertezas, consciente das limitações de que nem todas as respostas ou soluções serão contempladas na investigação.

Diante do exposto, o meu envolvimento e entusiasmo com o tema me fez abraçar uma linha de investigação no doutorado como possibilidade de contribuir a partir de um recorte da realidade que considera os trabalhadores de saúde no enfrentamento do agravo.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença transmissível causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), sendo uma das dez principais causas de morte em todo o mundo e a principal causa de morte por um único agente infeccioso, superior ao HIV/AIDS (WHO, 2020).

A doença se espalha quando as pessoas que a apresentam expõem bactérias pelas vias aéreas, por exemplo, tossindo. Apesar da introdução global de uma vacina e de regimes terapêuticos disponíveis, estima-se que um quarto da população mundial é infectado por essa bactéria (WHO, 2021). A doença afeta tipicamente os pulmões (TB pulmonar), mas também pode afetar outros locais (TB extrapulmonar), o que faz com que ela continue sendo um grande problema de saúde pública.

A TB está inserida em uma agenda internacional importante, fazendo parte do terceiro objetivo dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU-BRASIL, [2020?]).

Um total global estimado de 10,6 milhões de pessoas adoeceu com TB em 2021, equivalente a 134 casos por 100.000 habitantes; desse total, 6,7% ocorreram entre pessoas vivendo com HIV. Geograficamente, os casos se concentraram nas regiões do Sudeste Asiático (45%), África (23%) e Pacífico Ocidental (18%), com participações menores no Mediterrâneo Oriental (8,1%), nas Américas (2,9%) e Europa (2,2%) (WHO, 2022).

O Brasil integra a lista dos 30 países que concentram 90% de todos os casos de TB no mundo. Em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2020a).

Nem todas as pessoas infectadas com a bactéria da TB ficam doentes. Como resultado, existem duas condições relacionadas à TB: Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) e TB ativa/doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define ILTB como estado de persistente resposta imune à estimulação por antígenos do MTB sem evidências de manifestações clínicas da TB ativa. Apesar da ausência de sintomas, há risco dessas pessoas desenvolverem TB ativa, principalmente nos cinco primeiros anos após a infecção primária. A ativação ocorre em 5% a 10% dos

casos, sendo o risco de adoecimento maior em certos grupos, tais como os imunocomprometidos (WHO, 2020).

Diferentemente do que acontece na doença ativa, a ILTB não representa um risco imediato à saúde pública por não haver transmissão do agente infeccioso. A importância dessa forma reside no risco de reativação da TB, doença multifatorial favorecida por exemplo por condições, como a coinfeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), determinantes sociais, como a pobreza dentre outros. (CDC 2020; WHO 2020). Diante desse cenário, a ILTB permanece como um gigante adormecido. A latência do bacilo é um desafio para a erradicação da TB, logo, o controle da ILTB desempenha papel importante no alcance das metas estabelecidas pelos organismos nacionais e internacionais, já que interrompe a cadeia de transmissão (BRASIL 2021; WHO, 2021).

Lançada em 2015, pela OMS, a *End TB Strategy* visa reduzir, até 2030, em 90% as mortes por TB e em 80% a taxa de incidência dessa doença com o objetivo de eliminá-la até 2050 (WHO, 2015). Em 2017, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, alinhando-se às estratégias da OMS. Esse plano está organizado em três pilares: 1. Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB; 2. Políticas arrojadas e sistemas de apoio; 3. Intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017).

Inserido no pilar 1, está o objetivo de intensificar as ações de prevenção, que albergam as estratégias referentes ao aumento do rastreamento, diagnóstico e tratamento da ILTB, bem como a implantação nacional da vigilância da ILTB, entendendo essa atividade como de fundamental importância para o alcance das metas.

Vale ressaltar, frente ao momento sanitário mundial provocado pela pandemia da Covid-19, que a associação da TB-Covid-19 apresenta grande potencial de morbidade e mortalidade, e causa impacto no diagnóstico e tratamento da TB. Silva *et al.* (2020) ressaltam que o diagnóstico da TB requer alta suspeição clínica, pois as duas doenças têm características semelhantes, como febre e sintomas respiratórios, e podem se apresentar simultaneamente.

Um estudo recente da *Global Tuberculosis Network* indicou claramente que a taxa de diagnóstico de TB ativa e latente diminuiu durante a pandemia de Covid-19 em muitos países, e isso pode ter sérias consequências para a incidência e a mortalidade por TB no futuro. Dados coletados pela OMS dos países com alta carga

de TB corroboraram quedas acentuadas nas notificações de TB em 2020 e, conseqüentemente, nos rastreios da ILTB e do tratamento preventivo (WHO, 2020).

No entanto, positivamente, o uso do tratamento profilático vem ganhando cada vez mais adesão no mundo por demonstrar tanto redução das taxas de TB, como também por prevenir outros desfechos negativos em pacientes com comorbidades (ROSS *et al.*, 2021). O número de pessoas que recebem tratamento preventivo de TB quadruplicou, passando de 1 milhão, em 2015, para mais de 4 milhões, em 2019 (HARDING, 2020; HSIEH *et al.*, 2020; WHO, 2020).

O PNCT recomenda atualmente o tratamento da ILTB (ou quimioprofilaxia secundária) com monoterapia de isoniazida, medicamento utilizado mundialmente para o tratamento da ILTB. Embora apresente risco hepatotoxicidade, seu uso é seguro e reduz em 49% o risco de adoecimento, contribuindo para adesão ao tratamento (LOPES; PINHEIRO; MONTEIRO, 2019; WHO, 2020).

Dentre as alternativas terapêuticas para tratamento da ILTB que preconiza o PNCT, está a apresentação de Isoniazida (INH) 100 mg em posologia de 5 a 10 mg/kg/dia (dose máxima de 300 mg/dia) em 270 doses, que deverão ser tomadas de 9 a 12 meses, com tratamento mínimo de 6 meses (BRASIL, 2022). A partir de 2018, foi disponibilizada para a rede de saúde a INH 300 mg (BRASIL, 2018) inicialmente para as populações em maior risco de desenvolver a ILTB, visando contribuir para a adesão e melhorar o conforto dos pacientes, ao reduzir a ingesta diária de três comprimidos para um.

No tratamento da ILTB, um componente crítico da gestão programática deve incluir, além da avaliação clínica individual abrangente, a criação de condições favoráveis à implementação das recomendações e procedimentos operacionais padrões, para que sejam executados a política e o programa de enfrentamento ao agravo (WHO, 2018a).

Os esforços globais para intensificar as atividades de prevenção, controle e pesquisa da TB resultaram em um aumento do número de publicações científicas sobre a ILTB. O estudo de Chaw *et al.* (2020), utilizando a ferramenta análise bibliométrica, permitiu o acompanhamento e avaliação da produtividade e crescimento da pesquisa ao longo de um período de tempo. O estudo concluiu que os países com alta carga de TB têm sido mais envolvidos em pesquisas globais relacionadas à TB, enquanto os países com baixa carga de TB têm se concentrado mais na pesquisa relacionada ao ILTB.

A identificação e o tratamento de usuários com ILTB e seus contatos são tarefas que dependem fortemente de trabalhadores da saúde. No entanto, o conhecimento, a compreensão sobre a ILTB e a INH 300 mg não foram analisadas de maneira abrangente entre os profissionais de saúde anteriormente à sua disponibilização.

O estudo de Ramos *et al.* (2018) utilizou a metodologia Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) para explorar as perspectivas de médicos e enfermeiros da atenção primária a respeito da transmissão e prevenção da TB, e sobre a ILTB identificou importantes lacunas de conhecimento em relação à prevenção de ILTB. Do total da amostra, 46% afirmaram que não consideravam importante investigar a presença de TB e ILTB em contatos infantis e 49% afirmaram que não consideravam importante investigar a presença de TB e ILTB em contatos adultos. Em relação à indicação do tratamento ILTB, a dose e efeitos adversos da INH, respectivamente 62%, 84% e 57% dos entrevistados tinham dúvidas.

Embora as razões para as baixas taxas bem-sucedidas de diagnóstico, início e conclusão do tratamento de ILTB sejam multifatoriais (ALSDURF *et al.*, 2016), o aprofundamento sobre o pensar e o agir coletivo de trabalhadores da saúde em relação à introdução da nova tecnologia INH no enfrentamento da doença pode trazer mais luz para elucidar as muitas perdas que ocorrem nas diferentes etapas de cuidados.

Esta tese de doutorado versa sobre a Tuberculose Latente na perspectiva dos trabalhadores da atenção primária, da atenção especializada e da gestão. Ela está organizada em capítulos: Introdução, Referencial Teórico, Objetivos, Percurso Metodológico, Resultados e Discussão e Conclusões.

As pesquisas foram organizadas na forma de artigo científico, apresentadas no capítulo “Resultados e Discussão” da tese. Os artigos estão descritos em língua portuguesa e foram submetidos a revistas científicas com qualificação na área da Saúde Coletiva.

O artigo 1, intitulado “Discursos de profissionais de saúde sobre Infecção Latente por Tuberculose e uso de Isoniazida”, apresenta a pesquisa de forma ampla, trazendo os resultados das três categorias de trabalhadores mencionadas anteriormente. O artigo 2, “Tuberculose Latente: estratégias e experiências de prevenção na Atenção Primária”, traz a perspectiva dos trabalhadores da atenção primária sobre a realidade no enfrentamento da Tuberculose Latente. O terceiro artigo traz o recorte sobre os Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) de profissionais da

Atenção Básica e Especializada que participaram da pesquisa multicêntrica da qual este estudo faz parte.

O capítulo “Conclusões” sintetiza os pontos-chave dos artigos e propõe recomendações para futuras pesquisas e para a gestão da TB no país.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA TB NO MUNDO E NO BRASIL

A pandemia de Covid-19 afetou substancialmente o diagnóstico e o tratamento da TB e causou uma desaceleração do progresso no enfrentamento à TB realizado até 2019. Os impactos negativos nos serviços essenciais de TB incluem a realocação de recursos – humanos, financeiros e outros – da TB à resposta à Covid-19 (WHO, 2020).

Um dos indicadores disponíveis que avaliam mais precisamente esse impacto são as interrupções nos serviços essenciais de TB em níveis global, regional e nacional relacionadas à Covid-19. A queda no número de notificações de pessoas diagnosticadas com TB reflete efeito no acesso ao diagnóstico e tratamento, tanto na capacidade para continuar a prestar serviços, como na capacidade de procurar cuidados no contexto de bloqueios e restrições (WHO, 2022).

A detecção e a notificação de casos nos anos de 2020 e 2021 sofreram redução em todo mundo quando se compara aos anos anteriores. Globalmente, em 2020, houve uma queda substancial (-18%) no número de pessoas recém-diagnosticadas com TB e relatadas às autoridades nacionais (casos notificados) em comparação com 2019, em contraste marcante com grandes aumentos entre 2017 e 2019. Todavia, não se sabe ainda como a pandemia pode ter influenciado na gravidade da doença, ou se a alteração desses indicadores seria o reflexo de aspectos operacionais, como sobrecarga dos sistemas de saúde, com impacto, sobretudo, na qualidade dos dados (BRASIL, 2021). Observa-se um aumento nas notificações de pessoas recém-diagnosticadas com TB até 2019, seguido por uma queda acentuada em 2020 e alguma recuperação em 2021 (Figura 1).

No Brasil, não foi diferente. No período de 2019-2020, houve queda de 12% nas notificações, e de 7,6% de 2019-2021, com recuperação parcial no ano de 2021, quando foram notificados 78.833 casos.

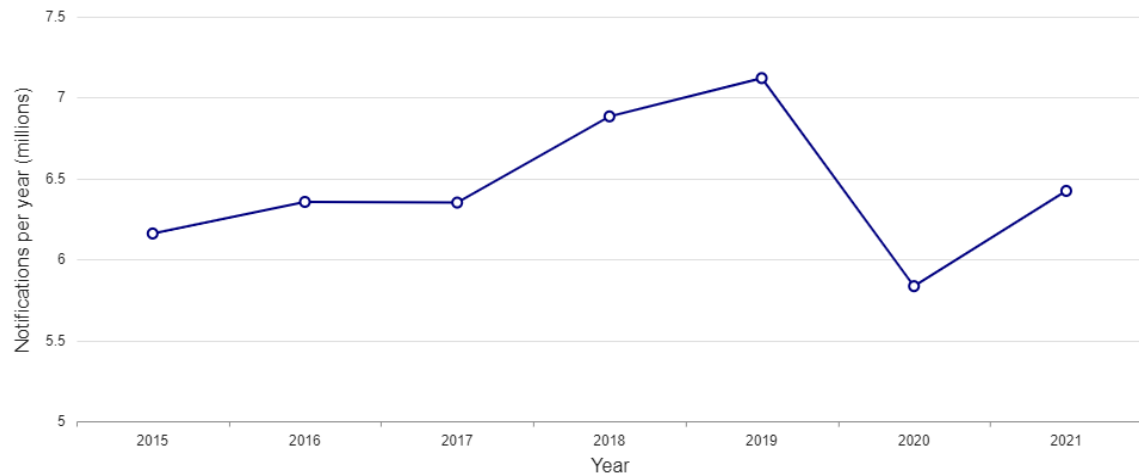


Figura 1 - Tendência global nas notificações de casos de pessoas recém-diagnosticadas com TB. Mundo, 2015 a 2021

Fonte: WHO, 2022.

Globalmente, 7,1 milhões de pessoas foram diagnosticadas com TB em 2019 (8,2% em pessoas infectadas pelo HIV) (Figura 2). A Índia configurou-se como maior contribuinte para o aumento global, cujas notificações de pessoas recém-diagnosticadas com TB aumentaram de 1,2 milhão a 2,2 milhões entre 2013 e 2019. Altas taxas de prevalência da doença refletem em geral baixo nível de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. A Índia está entre os países de categoria mais alta para gastos catastróficos com saúde.

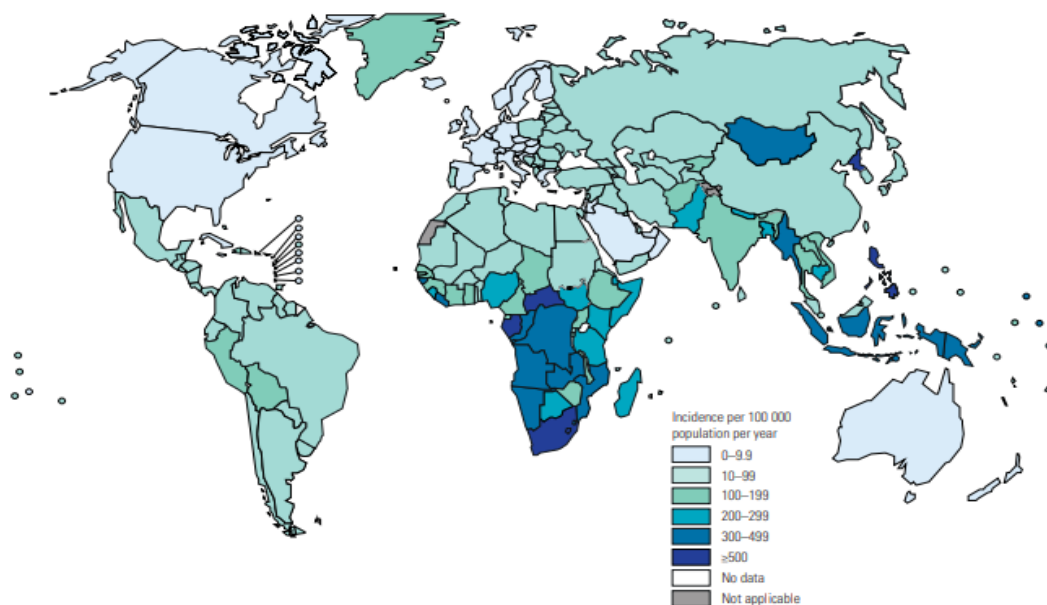


Figura 2 - Taxas globais estimadas de incidência de TB. Mundo, 2019.

Fonte: WHO, 2020.

Do total global, 58% eram homens, 34% eram mulheres e 8% eram crianças (com menos de 15 anos). Na região das Américas, correspondeu ao total de 2,9% dos casos, com 290 mil casos, e apresentou, juntamente com a região da Europa, a maior cobertura de tratamento para contatos.

No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. Houve uma tendência de queda na incidência entre os maiores de 65 anos, e de aumento na incidência nos menores de 10 anos e nos de 10 a 64 anos (Figura 3). Em 2019, 1.646 casos novos de TB foram notificados em menores de 10 anos de idade.

Aproximadamente, 4.500 mortes estiveram associadas à doença ao redor do país, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil habitantes, (BRASIL, 2020a).

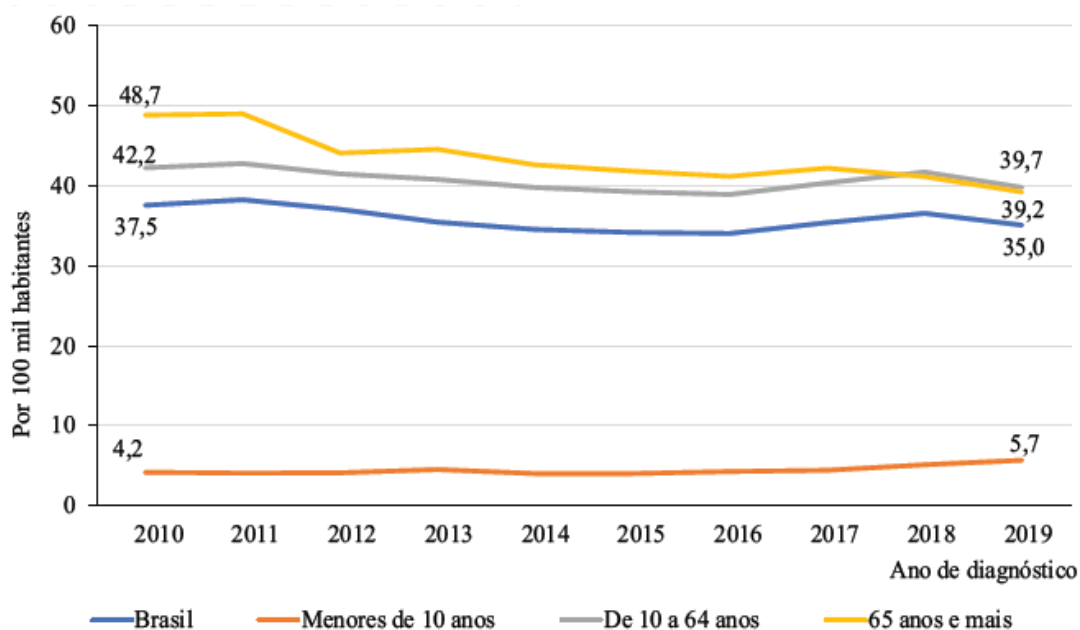


Figura 3 - Coeficiente de incidência de TB geral e por faixa etária (por 100 mil hab.). Brasil, 2010 a 2019.

Fonte: Sinan, 2016.

Um indicador importante para minimizar os problemas de saúde e a mortalidade causados pela TB é o acesso imediato ao diagnóstico e ao tratamento. Em 2019, 72,2% dos casos novos de TB foram diagnosticados laboratorialmente destes, 37,7% foram diagnosticados pelo teste rápido molecular para TB (TRM-TB implantado desde de 2014).

No Distrito Federal (DF), em 2020, foram notificados 320 casos novos de TB com uma incidência de 10,6 casos por 100 mil habitantes, o percentual de cura foi de 52% (o recomendado pelo MS é 85%). A maior concentração de casos por faixa etária se deu entre a população de 20 a 34 anos (27,4%), seguida de 35 a 49, com 34,6%, ambas representando a população jovem e em idade economicamente ativa (SES-DF, 2021).

As regiões do DF com maiores incidências são: sudoeste (Águas Claras, Taguatinga, Recanto das Emas, Samambaia e Vicente Pires) e leste (Paranoá, Itapuã, Jardim Botânico e São Sebastião), ambas com incidência de 12,1 casos por 100 mil habitantes. A maior concentração de casos está na faixa etária entre 20 e 34 anos (27,4%), e 35 e 49 anos (34,6%), ambas representando população jovem e em idade economicamente ativa (SES-DF, 2021).

No panorama nacional, a proporção de casos diagnosticados e acompanhados por serviços de Atenção Primária à Saúde foi de 54% (Figura 4); no DF, dados de 2020 apontaram que 64,7% (Figura 5) dos casos foram notificados em serviços de nível secundário e terciário, embora a atenção primária seja a principal porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2020a; SES-DF, 2020).

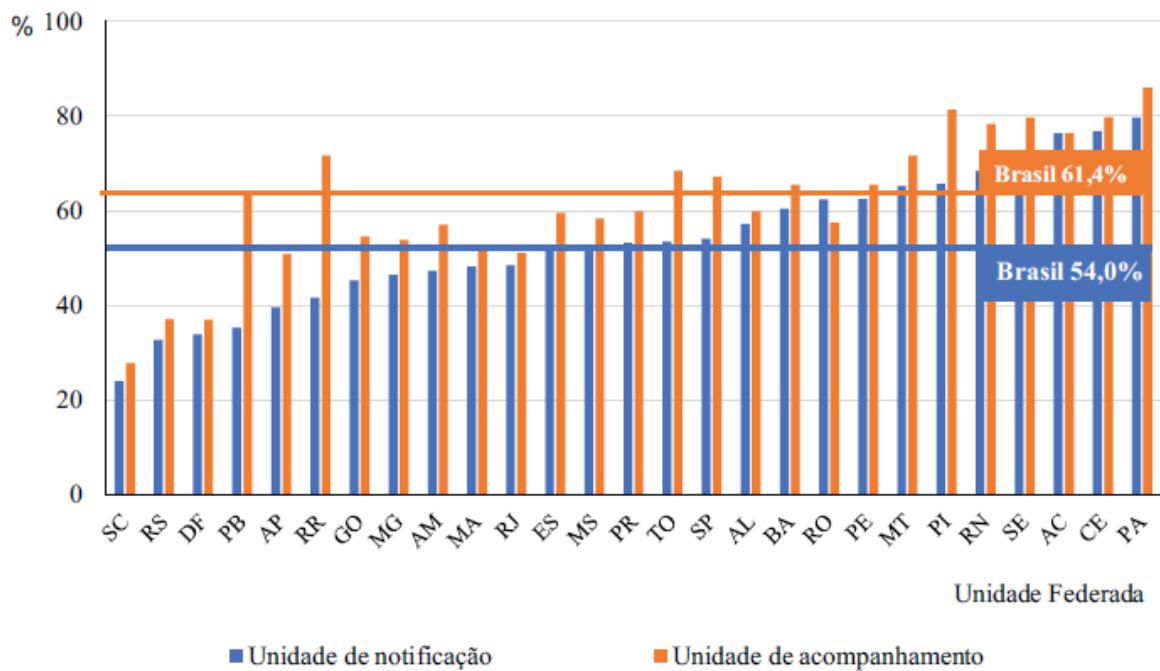


Figura 4 - Proporção de casos novos de TB notificados e acompanhados por serviços de atenção primária à saúde por unidade federada. Brasil, 2019.
Fonte: Sinan, 2016 (Dados atualizados em junho de 2019).

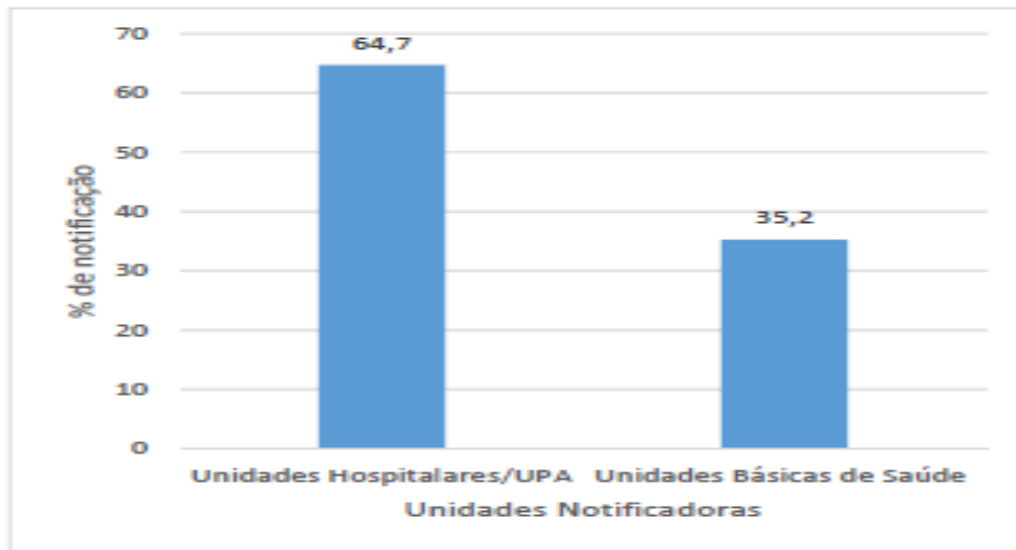


Figura 5 - Percentual de notificações de tuberculose segundo unidades notificadoras. Distrito Federal, 2020.

Fonte: Sinan, 2016 (Dados atualizados em 03/03/2021).

A TB, apesar da redução do coeficiente de notificações no Brasil e no Mundo nos últimos anos, ainda apresenta elevados patamares em diferentes regiões. No Brasil, as regiões Sul, Norte e Nordeste do país apresentam maiores coeficientes de mortalidade. No mundo, as regiões da África, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental concentram quase 90% do total de notificações, com quase metade apenas na região do Sudeste Asiático (WHO, 2022).

Os dados acima demonstram que as notificações e diagnósticos em sua maioria se dão no nível secundário de atenção à saúde. Os determinantes sociais da doença, assim como a organização dos serviços de saúde em cada localidade, precisam ser considerados nas estratégias de prevenção e controle do agravo.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA TB

Em 2019, aproximadamente 1,4 milhão de pessoas morreram devido à TB, a doença infecciosa que mais matou em todo o mundo, e aproximadamente 10 milhões de pessoas desenvolveram a doença naquele ano, porém, cerca de 3 milhões não foram diagnosticadas ou não foram oficialmente notificadas às autoridades nacionais.

Estima-se que um quarto da população mundial esteja infectada pelo MTB (WHO, 2020).

A TB afeta pessoas de ambos os sexos e todas as faixas etárias, mas a maior carga está em homens adultos, que representaram 56% de todos os casos de TB em 2019; em comparação, as mulheres adultas representaram 32% e as crianças, 12%. Entre todos os casos de TB, 8,2% ocorreram entre pessoas que vivem com HIV (WHO, 2020). A maioria dos casos de TB, geograficamente, estava nas regiões do Sudeste Asiático (44%), na África (25%) e no Oeste Pacífico (18%). Dentre os países que respondem por dois terços do total global de casos, encontram-se a Índia (26%) e a China (8,4%).

A OMS redefiniu a classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020. Essa nova classificação é composta por três listas de 30 países, segundo características epidemiológicas: 1) carga de TB, 2) TB multidroga resistente; e 3) coinfeção TB/HIV. O Brasil se encontra em duas dessas listas, ocupando a 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV. Vale destacar que os países que compõem essas listas representam 87% do número de casos de TB no mundo (BRASIL,2017).

No Brasil, em 2019, o coeficiente de mortalidade era 2,2-2,3 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, 2020a). Ao analisar os dados por região, os maiores coeficientes de incidência (acima de 51 casos/100 mil), em 2020, foram registrados na Região Norte (estados do Amazonas, Pará, Roraima e Acre), seguido pelo estado do Rio de Janeiro. Esses também apresentaram coeficiente de mortalidade próximo ou superior ao coeficiente do país. O último boletim também apresenta dados preocupantes em relação ao abandono do tratamento da TB. Em 2018, 11,6% dos casos novos pulmonares com confirmação por critério laboratorial abandonaram o tratamento. A OMS recomenda uma proporção de 5% para abandono do tratamento da TB (BRASIL, 2020a).

Em 2019, nenhuma região de saúde do DF alcançou a meta preconizada pela OMS de cura de 85% dos casos novos de TB com confirmação laboratorial. No DF, o ano de 2020 apresentou uma incidência de 10,6 casos por 100 mil habitantes.

O percentual desses casos com confirmação laboratorial no DF apresentou significativa queda, chegando a 46,8% em 2019. Outro indicador operacional preocupante foi o percentual de abandono desses casos que, em 2019, sofreu

acréscimo em relação aos anos anteriores e permaneceu em 10,8%, ao passo que o percentual máximo recomendado pela OMS é de 5%(OMS, 2021).

Dado que a TB é uma doença curável em aproximadamente 100% dos casos, desde que considerados os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento, esses dados refletem uma dificuldade dos serviços de saúde em dar continuidade ao tratamento da pessoa com TB.

O Brasil, alinhado à política internacional, lançou o Plano pelo Fim da TB como Problema de Saúde Pública, em 2017, tendo como meta menos de 10 casos por 100 mil habitantes e menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2019b).

Na política internacional, os ODS representam um plano de ação global para eliminar a pobreza extrema e a fome, oferecer educação de qualidade ao longo da vida para todos, proteger o planeta e promover sociedades pacíficas e inclusivas até 2030. O objetivo 3 visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O item 3.3 desse objetivo inclui acabar, até 2030, com as epidemias de AIDS, TB, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis (BRASIL, [2020?]).

A TB pode afetar qualquer pessoa em qualquer lugar, mas a maioria das pessoas que desenvolve a doença são adultos, e os países com alta carga de TB respondem por quase 90% daqueles que adoecem com TB a cada ano. A OMS reconhece que a TB é uma doença da pobreza, e está profundamente enraizada nas populações onde os direitos humanos e a dignidade são ameaçados (WHO, 2020).

As iniquidades existem não apenas nos determinantes e no risco de adoecimento, mas também nos desfechos do tratamento. No caso particular da TB, por exemplo, a população privada de liberdade, em situação de rua, os indígenas, tem chances muito maiores de adoecer (BRASIL, 2019b, 2022).

Dessa forma, para que os objetivos e metas pactuados sejam alcançados no país, é preciso investir nos recursos necessários e, além disso, os esforços para acabar com a TB devem caminhar conjuntamente com outros esforços para reduzir as desigualdades, eliminar a pobreza extrema, garantir a proteção social e alcançar a cobertura universal de saúde.

Para olhar para o futuro e ver as chances de o Brasil atingir suas próprias metas em relação à TB, Trajman, Saraceni e Durovni (2018) afirmam ser necessária uma

análise de conjuntura que leve em conta as potencialidades do Brasil e os riscos que uma recente crise financeira e as novas políticas de austeridade podem acarretar. Nesse sentido, a universalidade do acesso à saúde e os níveis de cobertura da atenção básica ofertados pelo SUS brasileiro são uma potencialidade quando comparados aos países de alta carga da doença, sejam eles de média ou baixa renda.

Do ponto de vista dos determinantes biológicos, os autores citados ressaltam que, embora existam novas tecnologias disponíveis no SUS, como tratamentos mais curtos, testes rápidos diagnósticos, seu uso é subótimo e poderiam, por isso, ter maior impacto no controle da TB (TRAJMAN; SARACENI; DUROVNI, 2018).

Igualmente importante é aumentar a detecção dos casos e iniciar o tratamento precocemente para doença ativa e latente. A pesquisa de Salame *et al.* (2017) destaca que, no Brasil, ocorrem grandes perdas nas primeiras etapas do processo de tratamento da ILTB: apenas 43% de todos os contatos próximos são identificados e, desses, apenas 3% passam a receber tratamento.

2.3 INFECÇÃO LATENTE POR TB

2.4 MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E TRANSMISSIBILIDADE

MTB, ou bacilo de Koch, nome do cientista alemão Robert Koch que o identificou em 1882 (CAMPOS, 2006) é o causador da TB que se configura como uma doença infectocontagiosa. Trata-se de uma bactéria em forma de bacilo, intracelular facultativo, encapsulado, não formador de esporos, imóvel, de crescimento lento e aeróbio estrito que necessita de oxigênio para crescer e se multiplicar.

Esse bacilo possui uma dimensão que varia de 3 a 5 µm de comprimento e é resistente à descoloração por álcool-ácido devido ao alto teor de lipídios em sua parede celular, formando uma barreira hidrofóbica, sendo também chamado de Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR) (ZUMLA, 2013).

O MTB possui uma parede celular rica em lipídios e ácidos micólicos e se replica a cada 15h-20h, o que é extremamente lento em comparação com outras bactérias, como a *Escherichia coli* (20 minutos). Calcula-se que, durante um ano, em

uma comunidade, uma fonte de infecção poderá infectar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido contato (CAMPOS, 2006). Uma cascata simples para a transmissão da TB seria: (1) um caso fonte de TB (2) gera partículas infecciosas (3) que sobrevivem no ar e (4) são inaladas por um indivíduo suscetível (5) que pode ser infectado e (6) que então tem o potencial de desenvolver TB (MIN *et al.*, 2022; CHURCHYARD *et al.*, 2017).

No corpo humano, o patógeno tende a infectar os pulmões, no entanto, duas formas clínicas representam risco de morte elevado: a forma miliar, consequente à disseminação hematogênica, e que atinge não apenas os pulmões, mas muitos órgãos; e a forma meningoencefalite tuberculosa, que acomete o sistema nervoso central (CAMPOS, 2006).

Pertencente ao Complexo *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC), inclui oito linhagens filogenéticas. L1, L5, L6 e L7 são consideradas linhagens antigas, juntamente com o ramo animal, enquanto L2, L3 e L4 são consideradas linhagens modernas (COMÍN *et al.*, 2022). A coevolução é definida como mudanças adaptativas recíprocas na interação entre o hospedeiro e os *loci* genéticos do patógeno (KODAMAN *et al.*, 2014).

Mundialmente, a distribuição assimétrica da doença também está ligada a linhagens e genótipos distintos das espécies do complexo MTBC (COUVIN *et al.*, 2019). O MTBC difere em sua gama de hospedeiros primários cujas linhagens foram sendo adaptadas: ao homem, a hospedeiros mamíferos silvestres e domésticos e *Mycobacterium canettii* (BRITES; GAGNEUX, 2015). Há relatos de MTBC encontrado em ratazanas, ratos de madeira e musaranhos (SMITH *et al.*, 2009), em focas e leões marinhos; *M. caprae* encontrado em cabras, mas também descrito como causador de doença sustentável em populações de veados vermelhos (SCHOEPF *et al.*, 2012), e *M. bovis* encontrado em bovinos.

Áreas geográficas com maior transmissão de TB (os chamados *hot spots*) podem ser identificadas por meio de mapeamento geoespacial, e intervenções direcionadas a essas áreas podem ajudar a interromper a transmissão (CHURCHYARD *et al.*, 2017). A coevolução é definida como mudanças adaptativas recíprocas na interação entre o hospedeiro e os *loci* genéticos do patógeno. (KODAMAN *et al.*, 2014). A identificação desses *loci* conflitantes entre hospedeiro e patógeno pode lançar uma nova luz sobre o MTBC. Exemplos clássicos de estudos conduzidos em São Francisco e Nova York, no final dos anos 1980 e início dos anos

1990, permitiram a correlação de etnias específicas, resistência a medicamentos e/ou residência em áreas específicas com transmissão recente de TB (SMALL *et al.*, 1994).

As tipagens permitem compreender melhor a dinâmica de transmissão de TB, ao mesmo tempo em que forneceram ferramentas e perspectivas adicionais sobre a paisagem filogeográfica de tais cepas em nível global (COUVIN *et al.*, 2019).

Um estudo brasileiro realizado em Santa Catarina, estado ao sul do Brasil, caracterizado por uma taxa intermediária de incidência de TB (23,7 por 100.000 habitantes) em que predominam as cepas latino-americanas-mediterrâneas (LAM), seguidas pelas cepas T “mal definidas”, detectou um cenário de transmissão recente inferindo uma transmissão contínua de TB, provavelmente ainda em andamento e com cepas (SIT216/LAM5) circulantes entre população geral e população privada de liberdade (VERZA *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado na população Guarani-Kaiowá, povo indígena do Paraguai e do estado brasileiro do Mato Grosso do Sul que vive uma situação de extrema pobreza e com prevalência alta de TB, apresentou resultados alarmantes. A cepa do tipo LAM apresentou prevalência invulgarmente alta (64/66, ~97%) (MARQUES, 2014). Os achados sugerem que a doença nesta comunidade não é o resultado de introduções recorrentes e modernas, ao contrário, são históricas, potencialmente anteriores de MTB nessa população.

Os autores ressaltam que as mutações genotípicas observadas no trabalho têm potencial para resistência ao protocolo de tratamento padrão e sugerem uma estratégia de saúde pública mais direcionada com vigilância regular e que a informação sobre suscetibilidade a medicamentos deva ser implementada na região, onde os casos de TB não são rastreados quanto à resistência aos medicamentos, a menos que todos os tratamentos anteriores tenham falhado.

Os estudos reforçam a importância das ações diferenciadas de vigilância com uso da epidemiologia molecular para subsidiar medidas de saúde pública (HUANG *et al.*, 2022; ZELLWEGGER *et al.*, 2020), com atenção às populações que vivenciam elevado risco de adoecimento, morte e abandono do tratamento. Igualmente importante é aumentar a detecção dos casos e iniciar o tratamento precocemente para a doença ativa e latente, visto que 43% dos contatos próximos são identificados e, desses, apenas 3% passam a receber tratamento (SALAME *et al.*, 2017).

2.5 ASPECTOS DA ILTB

Pessoas infectadas pelo MTB que não apresentam TB ativa são identificadas como portadores da ILTB (BRASIL, 2019b, 2022), considerada um estado de resposta imune persistente à estimulação por *Mycobacterium* sem evidência de TB ativa clinicamente manifesta. A maioria das pessoas infectadas não tem sinais ou sintomas de TB, mas estão em risco de desenvolver a doença ativa (WHO, 2018a).

Em algumas condições favoráveis, os bacilos latentes recuperam a atividade metabólica e a capacidade de multiplicação, fase em que a ILTB progride para a TB ativa. O risco de desenvolvimento da TB ativa é maior nos dois primeiros anos após o contato com o bacilo (BRASIL, 2018a; WHO, 2020). As estimativas recentes são de que 23% da população mundial (1,7 bilhão de pessoas) têm ILTB, e 5% a 10% podem progredir para desenvolver a doença da TB durante a vida (WHO, 2020).

As diretrizes atualizadas da OMS (WHO, 2018a) recomendam o tratamento de ILTB em pessoas com alto risco de TB, como pessoas que vivem com HIV, crianças (<5 anos), contatos domiciliares de pessoas com TB pulmonar confirmada bacteriologicamente e pessoas com condições médicas específicas.

O enfrentamento da ILTB tem sido estimado, a partir de estudos de modelagem, como a forma mais eficaz de reduzir a incidência de TB (DYE *et al.*, 2013; HOUBEN; DODD, 2016; MATTEELLI *et al.*, 2018). No entanto, atualmente, menos de 19% das pessoas que necessitam de tratamento de ILTB o completam, o que representa muitas perdas em toda a cascata de atendimento, inclusive nas fases de identificação, diagnóstico e tratamento (YANES-LANE *et al.*, 2021). Estudo realizado em Gana (BARSS *et al.*, 2020) avaliou, com impacto positivo e aceitabilidade, as soluções locais implementadas para fortalecer a gestão de LTBI de contatos domiciliares: o apoio financeiro e a educação.

No Brasil, o tratamento para ILTB é recomendado desde 1995 e ofertado gratuitamente, no entanto, a maioria dos pacientes não inicia ou conclui o tratamento (BRASIL, 2022). Para fins de vigilância epidemiológica, é considerado um caso de ILTB o indivíduo infectado pelo MTB identificado por meio de prova tuberculínica (PT) ou IGRA (*Interferon-Gamma Release Assays*), desde que adequadamente descartada a TB ativa (por meio de anamnese, exame físico, vínculos

epidemiológicos, exames bacteriológicos, achados radiológicos e/ou outros exames complementares) (BRASIL, 2018a).

Segundo as diretrizes programáticas da OMS, para administrar a ILTB, tanto a prova cutânea PT como o ensaio de liberação de interferon gama IGRA podem ser usados para testar a ILTB, e não há ainda evidências sobre um padrão-ouro (WHO, 2018c).

O diagnóstico de ILTB no Brasil na rede pública tem sido realizado pela interpretação da PT em indivíduos sem sinais da TB ativa. Para esse teste, os pacientes recebem no antebraço uma injeção intradérmica da tuberculina PPD RT23 na dose de 0,1 ml, equivalente a duas unidades de tuberculina, e realizam a leitura da inoculação (diâmetro) em 48 a 72 horas. Uma leitura maior que 5 mm é considerada positiva (BRASIL, 2014). Independentemente do método diagnóstico, deve-se sempre realizar investigação clínica para excluir a hipótese de TB ativa antes de se iniciar o tratamento da ILTB.

2.6 TESTES DIAGNÓSTICOS ILTB

Identificar pessoas com ILTB com maior risco de progressão para TB ativa continua sendo um desafio. O ritmo de desenvolvimento de testes mais precisos para ILTB tem sido lento (MWABA *et al.*, 2020). As diretrizes nacionais (BRASIL, 2022) e internacionais (WHO, 2018a) recomendam o tratamento de ILTB em pessoas com alto risco de TB, a saber: pessoas que vivem com HIV, crianças (<5 anos), contatos domiciliares de pessoas com TB pulmonar/laríngea confirmada bacteriologicamente e pessoas com condições médicas específicas.

Segundo as diretrizes da OMS para a gestão programática da ILTB, atualmente, apenas três testes estão disponíveis e aprovados para o diagnóstico de ILTB: o teste tuberculínico (TST) cutâneo, desenvolvido há um século, e os dois ensaios de liberação de interferon-gama (IGRA) desenvolvidos e lançados na última década, o QuantiFERON (Qiagen, Alemanha) e o T-SPOT TB (Oxford Immunotec, Reino Unido). Não há ainda evidências sobre um padrão-ouro (MWABA *et al.*, 2020; WHO, 2018a). O diagnóstico de ILTB no Brasil na rede pública tem sido realizado pela interpretação da PT ou IGRA em indivíduos sem sinais da TB ativa.

O teste TST e os IGRA são os principais testes diagnósticos para ILTB; no entanto, ambos apresentam algumas limitações em termos de interpretação, pois são baseados na resposta imune ao MTB e, portanto, são apenas testes indiretos de ILTB (MIN *et al.*, 2020; MWABA *et al.*, 2020; ZELLWEGER,2020).

2.7 TESTE TUBERCULÍNICO

Após Robert Kock descobrir o bacilo da TB, em 1882, Clemens Von Pirquet, baseado em sua descoberta, descreveu o TST, em 1909, ao perceber que crianças mais velhas (10 anos de idade) inoculadas cutaneamente com a tuberculina apresentavam maior prevalência de reações. Ele observou que as reações tuberculínicas se correlacionaram tanto com a doença ativa, como também com a infecção latente. Charles Mantoux refinou a técnica para injeção intradérmica. O TST permaneceu o único teste por quase 100 anos até que os ensaios de liberação de IGRAs foram desenvolvidos (HASS; BELKNAP, 2019).

A tuberculina é um produto obtido de um filtrado de cultivo de sete cepas selecionadas do MTB esterilizado e concentrado. No Brasil, a tuberculina usada é o PPD RT-23 (PPD – *Purified Protein Derivatite*, RT: *Reset Tuberculin*, 23: número da partida), de procedência dinamarquesa, e o teste é chamado popularmente por profissionais de PPD. A PT (método Mantoux) envolve a injeção intradérmica de PPD no antebraço e o exame da área 48 a 72 horas depois, podendo ser estendido até 96 horas. A aplicação deve ser por meio de injeção intradérmica, na dose de 0,1 ml (0,04 mcg) de PPD, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, em ângulo de 5 a 15 graus. Na leitura, utiliza-se uma régua milimetrada específica, medindo-se o maior diâmetro transversal da endureção perpendicularmente ao antebraço (BRASIL, 2014).

Nos Estados Unidos e no Brasil, pontos de corte de 5, 10 ou 15 mm são considerados positivos para infecção, dependendo da condição subjacente do paciente, fatores de risco e comorbidades (BRASIL, 2022; CDC, 2020).

As vantagens de seu uso incluem: baixo custo, não exige infraestrutura laboratorial complexa, capacidade de testar rapidamente um grande número de pessoas, seu desempenho é comparável com IGRA em pessoas não vacinadas com

o bacilo Calmette-Guerin (BCG). No entanto, requer duas visitas (aplicação e leitura) do usuário à Unidade e profissional capacitado para a realização, e apresenta baixa especificidade em pessoas vacinadas com BCG e baixa sensibilidade nos indivíduos que fazem uso de imunossupressores (HASS; BELKNAP, 2019; WHO, 2018a).

2.8 TESTES *INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAYS*

Os IGRA são testes *in vitro* para o diagnóstico ILTB que foram desenvolvidos para superar muitas das limitações associadas ao TST (HAAS; BELKNAP, 2019). O MS incorporou o uso de teste na rede pública em 2020 para uma população específica (em pessoas vivendo com HIV, crianças em contato com casos de TB ativa e pacientes candidatos a transplante de células-tronco (BRASIL, 2020b), uma das razões se deu pela dificuldade para a aquisição do TST pelo SUS, já que o *status* de “produto para saúde” foi alterado para “medicamento”, resultando no atendimento das exigências de registro do teste pela única empresa que realiza o fornecimento ao país (BRASIL, 2018a).

São baseados na secreção de IFN- γ por linfócitos expostos a antígenos específicos de MTB (TBAg), como o alvo antigênico 6 secretado precocemente (ESAT-6) e a proteína filtrada de cultura 10 (CFP-10) (MENZIES *et al.*, 2018). Os resultados do IGRA não são afetados pela vacinação anterior com BCG e pela maioria das infecções causadas por bactérias não tuberculosas, levando a uma maior especificidade do que o TST na detecção de infecção por MTB (HUANG *et al.*, 2022).

Atualmente, no Brasil, há registro do QuantiFERON-TB Gold Plus® e do T-SPOT® TB. A diferença entre eles é em relação à técnica para mensuração de interferongama. Enquanto o QuantiFERON-TB® Gold Plus (QFT® -Plus), assim como as versões anteriores desses testes, utilizam o ensaio de imunoabsorção enzimática (*enzyme linked immunosorbent assay* - ELISA) para mensuração dos níveis de interferon-gama, o teste T-SPOT.TB® usa o ensaio immunospot ligado à enzima (*enzyme linked immunospot* - ELISPOT) (BRASIL, 2018a).

Embora o custo de testes sanguíneos como o IGRA possa ser mais elevado, seu resultado ocorra entre 8 e 32 horas, exigindo uma rede laboratorial, e erros na coleta/transporte de amostras de sangue ou na execução e interpretação do teste

possam diminuir a precisão dos exames (CDC 2020), esse tipo de teste apresenta como vantagens: exige apenas uma visita ao serviço de saúde, resultados mais objetivos e tem maior especificidade em pessoas vacinadas com BCG (CHEE *et al.*, 2018; HASS, BELKNAP, 2019).

A principal limitação dos estudos de acurácia diagnóstica dos testes IGRA e PPD é a falta de um padrão-ouro diagnóstico, o que representa um problema para a detecção precisa da TB latente (WHO, 2018a). Resultados de estudos recentes (GONG; WU, 2021; ZELLWEGGER, 2020) corroboram que não há consenso na literatura sobre o padrão-ouro aplicável na prática clínica.

A decisão de testar deve ser considerada uma decisão de tratar se for diagnosticada ILTB (CDC,2020). Por esta razão, a triagem de pessoas de baixo risco é amplamente desencorajada, pois a relação risco-benefício pode não favorecer o tratamento entre pessoas com probabilidade de ter um TST ou IGRA com resultado falso-negativo (HALEY, 2017).

A testagem para coinfeção com HIV deve ser oferecida como parte da avaliação da ILTB para os candidatos ao tratamento, uma vez que a coinfeção pelo HIV tem implicações para o diagnóstico, tratamento e desfechos. Ainda que o tratamento da ILTB seja recomendado para a maioria dos indivíduos com evidência de ILTB, a relação risco-benefício individual do tratamento e a vontade do paciente de concluir um curso completo de terapia deve ser considerado (HALEY, 2017).

Atingir a meta da estratégia *END TB* da OMS de uma redução de 80% na incidência global de TB até 2030 exigirá uma grande redução no número de pessoas com ILTB que progridem para TB ativa. Novos testes de diagnóstico podem ser alinhados com ferramentas de previsão clínica para quantificar os riscos individuais de TB para contatos (LI *et al.*, 2020).

Embora muito se tenha pesquisado até os dias atuais, o diagnóstico precoce da TB ainda é um desafio na prática clínica. Atualmente, não há uma maneira direta de confirmar a ILTB ou sua carga microbiológica. O conceito de ILTB está em evolução, e novos olhares recaem sobre a classificação da TB: incipiente (provavelmente evoluirá para doença ativa na ausência de intervenção adicional, mas ainda não induziu sintomas clínicos, anormalidades radiográficas ou evidências microbiológicas consistentes com a doença por TB ativa) e doença subclínica (apresenta-se viável, não causa sintomas clínicos relacionados à TB, mas causa

outras anormalidades que podem ser detectadas usando ensaios radiológicos ou microbiológicos existentes) (DRAIN *et al.*, 2018).

O tempo gasto dentro de cada estado de doença, bem como as vias de progressão, podem ser altamente variáveis. Tanto o subdiagnóstico quanto o superdiagnóstico de TB são inevitáveis, e o tratamento empírico ainda é uma estratégia comum para o diagnóstico de TB clínica, especialmente em países com recursos limitados (ZELLWEGER *et al.*, 2020).

Uma vez que tanto a TB incipiente quanto a TB subclínica são conceitos relativamente novos, muitas questões clínicas, translacionais e de pesquisa científica básica permanecem. Portanto, é necessário um melhor entendimento do espectro clínico patogênico da infecção e da doença por TB por parte da comunidade de pesquisa e saúde pública para se conceber ou aprimorar soluções mais avançadas e específicas para a epidemia de TB

2.9 TRATAMENTO PRECONIZADO E ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS PARA ILTB

A investigação de contatos de pessoas com TB ativa é de fundamental importância para o controle da doença, uma vez que permite identificar pessoas com ILTB e indicar adequadamente o tratamento preventivo. As projeções de modelagem de tendências de TB estimam que, sem abordar o tratamento de ILTB, a Estratégia de Fim da TB não alcançará seus objetivos (TRAJMAN *et al.*, 2019).

No Brasil, o esquema preferencial recomendado pelo PNCT para tratamento da ILTB é a INH, considerando a longa experiência da sua utilização no país no tratamento para ILTB. A recomendação de uso é dose de 5 mg/kg a 10 mg/kg de peso (até a dose máxima de 300 mg/dia), por um período mínimo de 6 meses. A opção entre 6 e 9 meses de tratamento deve considerar a viabilidade operacional e a capacidade de adesão do paciente (BRASIL, 2019a, 2019b). A realização de tratamento diretamente observado (TDO) ou outras estratégias de adesão ao tratamento devem ser consideradas. Para o seguimento do tratamento, recomendam-se consultas mensais, ou no máximo a cada 60 dias, exceto para o esquema da rifapentina associada à isoniazida, no qual as consultas sempre devem ser mensais. Não se recomenda repetir o tratamento da ILTB em pessoas que já realizaram

tratamento prévio completo ou que já se trataram para TB ativa (pulmonar/laríngea ou extrapulmonar), exceto em casos especiais, a critério médico. Entretanto, as PVHIV que já fizeram o tratamento da ILTB no passado e foram reexpostas a outro caso de TB pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial devem iniciar novo tratamento (BRASIL, 2022)

Sua incorporação foi avaliada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), no Relatório de Recomendação nº 370 (BRASIL, 2018a), e obteve recomendação favorável à incorporação (Registro de Deliberação nº 352/2018) e decisão de incorporação pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, pela Portaria nº 32 (BRASIL, 2018b).

A INH também é reconhecida pela OMS como um dos medicamentos de primeira linha mais importantes para o tratamento da TB e ILTB, com alta atividade bactericida e bom perfil segurança (WHO, 2018c). Porém, o surgimento de cepas de TB resistentes à INH ameaça reduzir a eficácia do tratamento. Estima-se que cerca de 8% dos pacientes com TB em todo o mundo tenham TB resistente à INH e suscetível a rifampicina (Hr-TB).

A reação adversa mais comum relacionada ao uso de INH é a hepatotoxicidade (TEDLA *et al.*, 2015; WHO, 2018c). Entretanto, alguns estudos demonstraram que as taxas de ocorrência são baixas e que a maioria dos casos envolve lesão hepática leve, o que se resolve com tolerância imunológica, sendo o monitoramento clínico dos pacientes suficiente para reduzir o risco de ocorrência (LOPES; PINHEIRO; MONTEIRO, 2019; METUSHI; UETRECHT; PHILLIPS, 2016).

A OMS lançou, em 2018, a atualização de um consolidado para o gerenciamento programático da ILTB em que trouxe como recomendação forte e evidência de alta qualidade a monoterapia com INH por 6 meses em adultos e crianças nos países com alta e baixa incidência de TB (WHO, 2018a).

Em 2020, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) divulgou as diretrizes atualizadas sobre o tratamento da ILTB e recomendou o esquema de 6 ou 9 meses de INH diária como alternativa eficaz. No entanto, o documento trouxe ressalvas com relação ao longo período do tratamento de ILTB com INH, que pode comprometer a aceitação e a adesão à terapia preventiva. Por esse motivo, é importante que outros regimes alternativos à INH, mais curtos, sejam avaliados também.

Atualmente, existem vários regimes de tratamento para a ILTB. Esses esquemas usam, além da INH, a rifapentina ou rifampicina. O CDC e a *National Tuberculosis Controllers Association* (NTCA) recomendam preferencialmente, em virtude das taxas conclusão mais altas, os regimes de curta duração que incluem: três meses de INH mais rifapentina uma vez por semana (3HP); quatro meses de rifampicina diária (4R); três meses de INH diária mais rifampicina (3HR).

Resultados preliminares de uma revisão sistemática conduzida para o presente estudo, com o objetivo de analisar a segurança das apresentações de INH 100 mg e 300 mg para tratamento da ILTB, demonstrou que monoterapia de rifampicina por 4 meses e associação de INH com rifampicina por 3 meses não mostraram, até o momento, eficácia superior à monoterapia de INH, mas apresentaram menos eventos adversos, principalmente hepatites, e maior adesão ao tratamento (MENZIES *et al.*, 2018; VERNON, 2013).

Vale ressaltar que a rifapentina foi incorporada recentemente ao SUS para o tratamento da ILTB. Sua aquisição é feita via organismos internacionais, pois não possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2020b).

Diante da diversidade de tratamentos, o CDC (2020) recomendou aos médicos e farmacêuticos a importância de conhecerem a diferença entre rifampicina (RIF) e rifapentina (RPT), uma vez que não são intercambiáveis e que são esses profissionais que devem garantir que os pacientes recebam a medicação correta para o regime de tratamento prescrito.

O sistema de saúde brasileiro, por meio de laboratórios públicos, fornece INH na apresentação de comprimidos de 100 mg ou 300 mg, optando-se preferencialmente pela apresentação de 300 mg para reduzir o quantitativo de comprimidos no tratamento da ILTB e melhor conforto e adesão

No regime de tratamento com INH, o mais importante é o número de doses e não somente o tempo de tratamento. O Manual de Recomendação para Controle da TB sugere a utilização de 270 doses que poderão ser tomadas de 9 a 12 meses e que, em casos individuais após a avaliação da adesão, deve-se considerar a utilização de 180 doses que deverão ser tomadas entre 6 e 9 meses (BRASIL, 2019b).

O tratamento da ILTB não é de notificação compulsória, porém, recomenda-se a notificação em ficha específica nacional. O MS oficializou, em 2018, a “Ficha de notificação das pessoas em tratamento da ILTB” (disponível para usuários cadastrados no sítio <http://sitetb.saude.gov.br/iltb>), que deve ser usada como

instrumento para notificação. Ela poderá ser utilizada em sua versão impressa pelas unidades de saúde não informatizadas e na versão *on-line*, diretamente no IL-TB.

A identificação e tratamento e vigilância da ILTB constituem estratégias fundamentais para reduzir a carga global de TB, especialmente em países em desenvolvimento (WHO, 2018a) e a identificação de usuários com ILTB e seus contatos são tarefas que dependem fortemente de trabalhadores da saúde (BRASIL, 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde à ILTB e a prescrição da INH 300 mg para o tratamento em unidades de saúde de diferentes regiões do país, no processo de implementação desse medicamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os posicionamentos dos profissionais de saúde acerca da ILTB na prescrição da INH 300 mg.
- Analisar as percepções e experiências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre prevenção da ILTB
- Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica e especializada relacionados à prescrição da INH 300 mg para o tratamento da ILTB.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

Esta pesquisa faz parte de um projeto multicêntrico intitulado “Avaliação da Implementação da Isoniazida 300 mg para o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB)” financiado pelo MS através do processo nº 25000.060989/2018-79 - CGPNCT/DEVIT/SVS/MS TED 47/2018.

O estudo partiu da necessidade de avaliar a correta utilização da INH para o tratamento da ILTB, visto que as duas apresentações de INH (100 mg e 300mg) estão disponíveis para serem utilizadas e a superdosagem do medicamento compromete a segurança do usuário.

A tríade para a utilização correta de um medicamento é composta por prescrição, dispensação e uso preciso. As questões relacionadas aos profissionais que realizam a prescrição e dispensação (que difere em cada serviço) e questões relacionadas à ingestão do medicamento pelo paciente congregam uma nova configuração nos programas de TB e são, portanto, objeto do estudo multicêntrico, conforme descrito na Figura 6.



Figura 6 - Processos relacionados à tríade de avaliação de nova posologia
Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo multicêntrico pretende compreender o processo de implementação da INH 300 mg para o tratamento da ILTB em algumas unidades de saúde de diferentes regiões do país, com o intuito de identificar riscos potenciais no processo de utilização do medicamento e resguardar a segurança do paciente.

Para a realização deste estudo, programaram-se três etapas com possibilidade de ocorrência simultânea. A primeira etapa é um ensaio clínico pragmático com pacientes diagnosticados com ILTB nas unidades de saúde de Brasília, Curitiba, Florianópolis e Vitória, para avaliar a prescrição, dispensação e ingestão das duas posologias disponibilizadas pelo PNCT. A segunda etapa é um estudo transversal, utilizando a metodologia CAP para verificar a conformidade na prescrição e dispensação. E a terceira etapa é um estudo qualitativo com profissionais de saúde para analisar os discursos de profissionais que prescrevem e dispensam a nova posologia de 300 mg. Nesse sentido, a avaliação dessa nova apresentação é composta por etapas que se complementam, conforme disposto na Figura 7:

FASES DO PROJETO



Figura 7 - Etapas para a Avaliação de Implementação da INH 300 mg para o tratamento da ILTB

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de método misto, exploratório sequencial. A definição de métodos mistos, a partir da primeira edição do *Journal of Mixed Methods Research*, é “pesquisa na qual o investigador coleta e analisa dados, integra as descobertas e faz inferências usando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo ou programa de investigação” (TASHAKKORI; CRESWELL, 2007, p. 4).

Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação, oferecem uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos, frequentemente observados nas questões de saúde, visto que um só método é insuficiente para trabalhar a diversidade de aspectos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A pesquisa de métodos mistos começou entre antropólogos e sociólogos no início dos anos 1960. No final dos anos 1970, o termo “triangulação” começou a entrar nas conversas sobre metodologia. A triangulação foi identificada como uma combinação de metodologias no estudo do mesmo fenômeno para diminuir o viés inerente ao uso de um método particular (DOORENBOS, 2014).

Dentre os benefícios dos métodos mistos está a possibilidade de os dados quantitativos e qualitativos serem integrados e auxiliarem no desenvolvimento do modelo conceitual ou instrumento de pesquisa (DOORENBOS, 2014). Assim, por exemplo, os dados de uma etapa do método podem favorecer a identificação de participantes a serem estudados ou as perguntas a serem feitas pelo outro método durante a análise de dados (CRESWELL; CLARK, 2013), assim como os dados qualitativos podem auxiliar na interpretação, esclarecimento, descrição e validação de resultados quantitativos.

Há quatro principais situações de pesquisa em que os métodos mistos são indicados. A primeira situação é quando os conceitos são novos e não são bem compreendidos. Portanto, há uma necessidade de exploração qualitativa antes que os métodos quantitativos possam ser usados. A segunda situação, abarcada neste estudo, é quando os resultados de uma abordagem podem ser mais bem compreendidos com uma segunda fonte de dados. A terceira situação é quando nem uma abordagem qualitativa e nem quantitativa, por si só, são adequadas para a compreensão do conceito em estudo. Por fim, a quarta situação é quando os

resultados quantitativos são difíceis de interpretar e os dados qualitativos podem auxiliar na compreensão dos resultados (CRESWELL; CLARK, 2013).

No estudo, os dados qualitativos e quantitativos foram coletados de forma sequencial. O sequenciamento contínuo é postulado como o uso de um método antes do outro, como quando os resultados de um método são necessários para o planejamento do próximo método (CRESWELL; CLARK, 2013). Dados qualitativos foram coletados primeiramente, pois o propósito foi explorar o tema. Posteriormente, o pesquisador ampliará o entendimento por meio de uma coleta com uma amostra representativa dos profissionais.

4.3 ETAPA QUALITATIVA

Foi realizada presencialmente em março de 2019, em Brasília-DF, com profissionais de saúde da atenção básica e especializada e gestores de serviços vinculados às ações de assistência, prevenção, tratamento e gestão da ILTB. Para a amostra de conveniência, participaram integrantes das unidades federadas de Curitiba, Vitória, São Paulo, Paraná, Brasília e Belo Horizonte. Os agendamentos foram planejados e organizados previamente com os participantes dos diversos cenários.

Situada no Centro-Oeste brasileiro, Brasília é a capital do país e é a sede do Governo do DF. Possui uma área territorial de 5.760.784 Km², população estimada de 3.055.149 pessoas e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,824 (IBGE, 2010, 2021). O DF possui 33 regiões administrativas e 7 regiões de saúde.

Situadas na Região Sul do Brasil, Curitiba e Florianópolis possuem uma área territorial de 434.892 km² e 674,844 km², respectivamente. Curitiba tem uma população de 1.963.726 e o IDHM de 0,824 (IBGE, 2010, 2021). A APS em Curitiba conta com 108 Unidades de Saúde, destas, 53 com Estratégia de Saúde da Família.

Florianópolis, com uma população estimada de 516.524 mil habitantes em 2021, apresentou um IDHM de 0,847 (2010), o maior entre as capitais (IBGE, 2010, 2021). A rede de saúde é composta por 49 Centros de Saúde, 4 Policlínicas, 4 Centros de Atenção Psicossocial (1 CAPS infantil, 1 CAPS adulto - CAPS tipo II - e 2 CAPS

álcool e drogas - CAPSad), 2 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 Laboratório de Prótese, 1 Laboratório de Saúde Pública, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Centro de Bem-estar Animal e 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas.

Dos 78 municípios do Estado do Espírito Santo, Vitória, a capital, e Serra compõem a região de saúde denominada Metropolitana. A capital possui uma área territorial de 97,123 km², população estimada de 365.855 mil habitantes e uma taxa de IDHM de 0,845 (IBGE, 2010, 2020). Possui 86 estabelecimentos de saúde públicos distribuídos em seis regiões de saúde. A Unidade de Saúde referência para tratamento de TB está situada na Região de Maruípe. A cidade de Serra é a mais populosa do estado com 527.240 habitantes (IBGE, 2020) distribuídos em uma área territorial de 547.631 km². Possui seis regionais de saúde, denominadas Serra Sede, Serra Dourada, Boa Vista, Novo Horizonte, Feu Rosa e Jacaraípe.

Na Região Nordeste, a capital do Ceará, Fortaleza, apresentou, em 2020, uma população estimada de 2.703.391 pessoas e o IDHM de 0,754 (IBGE, 2010). Sua área territorial abrange 312,353 km². É dividida em seis secretarias regionais com 104 unidades de saúde.

Na Tabela 1, está caracterizada a situação epidemiológica da TB nos anos de 2019 a 2021.

Tabela 1 - Incidência e Mortalidade por TB em 2019, 2020 e 2021, nos municípios onde a pesquisa foi realizada.

Variáveis	Cidades								
	Brasília			Curitiba			Florianópolis		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Casos novos	367	301	305	374	376	296	394	204	265
Óbitos por TB (2020)	17	20	10	26	19	26	04	04	08
Variáveis	Cidades								
	Fortaleza			Serra			Vitória		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Casos novos	1721	1.444	1.437	188	176	195	112	121	132
Óbitos por TB (2020)	71	51	73	14	20	16	06	12	09

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados IBGE e SINAN.

Os critérios de inclusão consideraram a aproximação do profissional com o fenômeno em estudo, a saber: inserção no quadro permanente da instituição e estar em atividade laboral atuando há pelo menos um ano no desenvolvimento de práticas relacionadas à TB/ILTB e ao uso da INH de 300 mg. Foram excluídos os profissionais que não atenderam a esses critérios e não aceitaram participar da pesquisa.

A entrevista em grupo foi utilizada como técnica coleta de dados. Para Lefèvre e Lefèvre (2012), a entrevista facilita a coleta de depoimentos coletivos e favorece o aprofundamento de determinados temas por meio de diálogo entre participantes, o que permite captar seus significados e representações sociais relacionados ao objeto de estudo.

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa, requer tempo e exige alguns cuidados, destacados por Lakatos e Marconi (1996): o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser e alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a disponibilidade do entrevistado em fornecer a entrevista, que deverá ser marcada com antecedência; as condições favoráveis para garantia da confidencialidade e identidade; e, por fim, a preparação específica, que consiste em organizar o roteiro ou formulário com as questões importantes.

Foi utilizado um roteiro semidiretivo com perguntas que facilitavam evocações espontâneas dos sujeitos a fim de aproximá-los de sua realidade. Lefèvre e Lefèvre (2005) recomendam ao entrevistador não introduzir novas questões, podendo, entretanto, se houver a necessidade, facilitar a continuidade do depoimento durante a entrevista, acrescentando locuções como: "O que mais?" "Tem algo mais a dizer?" "Como assim?" "Por quê?" "Quer complementar com mais alguma coisa?".

As perguntas foram realizadas levando-se em consideração a sequência do pensamento do pesquisado, assim, os temas foram ordenados, primeiramente, por questões gerais e, em seguida, por questões específicas atreladas aos objetivos do estudo (Anexo A).

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância da gravação, assegurando-lhes o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de se recusar a participar da pesquisa ou a suspendê-la a qualquer momento, sem prejuízo. A todos os participantes, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e contaram com a participação da seguinte equipe: um moderador, que facilitou a interação grupal e introduziu as questões para o grupo; um assistente, que contribuiu com perguntas e facilitou a todos os participantes o envolvimento na discussão; e um observador externo, que captou as informações não verbais, garantiu a “descrição densa” da interação social no ambiente da coleta e, ao final da atividade, auxiliou o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a sessão.

As entrevistas contaram com uma parte para a identificação dos entrevistados e outra para as questões norteadoras. Os dados sociodemográficos da primeira parte foram inseridos na RedCap (*Research Electronic Data Capture*), uma plataforma para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisas, voltada especificamente para oferecer suporte à captura de dados *on-line* ou *off-line* para estudos e operações de pesquisa. As respostas das entrevistas foram gravadas, transcritas, revisadas, em seguida, separadas por categorias em grupo gestor, grupo atenção básica e grupo atenção especializada.

O material empírico obtido a partir das entrevistas foi analisado pela técnica DSC, uma estratégia metodológica que consiste em uma forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

O eixo teórico que fundamentou as análises foi o das representações sociais (RS). Na definição clássica apresentada por Jodelet (2001, p. 22):

É uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

As RS, sendo definidas como formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum (SPINK, 2013) e rompem com o saber cristalizado e formalizado. No entanto, como ressaltam Lefèvre e Lefèvre (2014), as RS não são teorias interpretativas *stricto sensu*, mas conhecimentos usados pelos indivíduos ou grupos sociais nas suas interações ordinárias.

Para esses autores, o objetivo básico da criação da técnica do DSC foi, em conformidade com os princípios das RS, o de *personalizá-las*, atribuindo-lhes um sujeito discursivo que, ao mesmo tempo, é capaz de *falá-las* e ser por elas *falado*, ou seja, algo coletivamente partilhado e construído.

O marco distintivo do DSC é a reprodução desse discurso sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, visando expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003). É o compartilhar de ideias e posicionamentos, um espelho coletivo, a fala de um grupo social.

Os depoimentos coletados a partir das perguntas formuladas foram analisados para captar o conteúdo essencial selecionando os estratos mais significativos do texto. As figuras metodológicas da técnica do discurso coletivo são denominadas por Lefèvre e Lefèvre (2012), conforme Figura 8.

FIGURAS E FUNDAMENTOS





FIGURA	 EXPRESSIONES CHAVE EC	 IDEIAS CENTRAIS IC	 ANCORAGEM AC	 DISCURSO SUJEITO COLETIVO DSC
FUNDAMENTO	Depoimento com os estratos mais significativos do texto que sintetizavam ideia e falas, melhor sinalizando o conteúdo das respostas	Etiqueta semântica e diz respeito aos sentidos do depoimento de cada resposta e nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar	Conhecimento ou informação preexistente e repertório que dá sentido a um evento ou situação que ele apresenta, ou seja, é o conceito, teoria, crença, a ideia básica que sustenta o discurso	Reunião das EC presentes nos depoimentos, que têm IC e/ou AC de sentido semelhante ou complementar escrito na primeira pessoa do singular para representar o pensamento de uma coletividade

Figura 8 - Componentes do Discurso do Sujeito Coletivo

Fonte: Figuras do DSC, adaptado pela autora de Lefèvre e Lefèvre (2012, p. 22).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o “eu” do DSC é uma tentativa de resgatar o “eu social ou coletivo”, mais precisamente, ele é um recurso criado para fazer emergir o inconsciente social que fala no indivíduo. Portanto, o DSC é um discurso para sinalizar o que a sociedade impõe ao indivíduo pela internalização inconsciente de seus discursos, razão pela qual precisa ser enunciado na primeira pessoa do singular.

Os discursos revelam o que a coletividade pensa, como pensa e como esse pensamento se distribui no espaço social; além disso, dão lugar a um acréscimo de

densidade semântica nas representações sociais, fazendo com que uma ideia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).

Com o material das Expressões-Chave e das Ideias Centrais, elaborou-se o DSC com ideias centrais ou ancoragem de sentido semelhante.

Os resultados parciais dessa etapa da pesquisa foram apresentados em um Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde (Convibra), em 2020. Os resultados finais foram sistematizados em um artigo publicado na revista Texto e Contexto Enfermagem (UFSC) (Apêndice B), e outro submetido a revista Ciência y Enfermería (Chile). O terceiro artigo será submetido a uma revista da área de Saúde Coletiva.

4.4 ETAPA QUANTITATIVA

Os dados quantitativos foram coletados por meio de um estudo com delineamento transversal sobre os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos profissionais de saúde (CAP). Esses três componentes podem ser assim definidos: Conhecimento é a capacidade de adquirir, reter e usar informações, uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade; Atitudes referem-se a inclinações para reagir de certa maneira a certas situações, ver e interpretar eventos de acordo com certas predisposições, ou organizar as opiniões em estruturas coerentes e inter-relacionadas; e Práticas significam as ações concretas pelas quais as pessoas podem demonstrar seu conhecimento e atitude (KALIYAPERUMAL, 2004).

A OMS elaborou um guia como uma ferramenta para ajudar a sistematizar as abordagens dos países para coleta CAP-TB (WHO, 2008). Nesse guia, uma pesquisa CAP é definida como “um estudo representativo de uma população específica para coletar informações sobre o que é conhecido, acreditado e feito em relação a um tópico específico - neste caso, TB” (WHO, 2008, p. 6).

Os dados podem ser analisados quantitativa ou qualitativamente, dependendo dos objetivos do estudo. O Questionário CAP foi construído na década de 1950 e foi originalmente concebido para estimar a resistência à ideia de planejamento familiar

entre diferentes populações (USAID, 2011) O objetivo inquérito é frequentemente identificar o conhecimento, os padrões de lacunas e as crenças culturais ou comportamentais que facilitam o entendimento e a ação.

Os dados coletados permitem que os gerentes de programa definam as prioridades do programa de TB (por exemplo, resolver os problemas mais comuns ou para identificar subgrupos específicos cujas necessidades podem ser diferentes de outros grupos), para estimar os recursos necessários para várias atividades, para selecionar o máximo de canais de comunicação e mensagens eficazes, para estabelecer níveis básicos e medir a mudança que resulta das intervenções e para *advocay* (por exemplo, mostrar a magnitude de um desafio que, por sua vez, pode informar as necessidades de recursos) (WHO, 2008).

Os níveis do CAP sobre a TB em profissionais de saúde têm sido, frequentemente, associados a déficit de conhecimento ou conhecimento equivocado, insatisfação com as condições e insumos de trabalho (autoproteção usando um respirador N95) e articulação dos serviços de assistência, o que certamente impacta nas práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB/ILTB (FERREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA; MARIN-LÉON, 2013; NGO *et al.*, 2019; TRAJMAN *et al.*, 2019).

O diagnóstico do CAP pode fornecer aos gestores de programa informações estratégicas para tomada de decisão sobre ILTB. O envolvimento posterior desses gestores, para refletir sobre intervenções direcionadas às lacunas do conhecimento, às barreiras das práticas de prevenção, é fundamental para aumentar o potencial dos resultados bem-sucedidos e pensar em ações viáveis, coerentes com a realidade local.

4.5 PARTICIPANTES E TAMANHO DA AMOSTRA

Foram convidados a participar todos os envolvidos na prescrição, dispensação e monitoramento do tratamento da ILTB nas unidades de saúde da atenção básica e unidades de referência inseridas em uma amostra de conveniência, assim o estudo desenvolveu-se nos seguintes locais: Brasília, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Serra e Vitória.

Para o cálculo amostral, o programa STATA 15.0**. Considerou-se uma proporção de acerto de 70% um poder de 80% para detectar diferenças e um nível de significância de 5%. Com isso, estima-se que sejam necessários 56 sujeitos (considerando o efeito do desenho do estudo de 1,2), para a etapa do estudo randomizado.

4.6 COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário individual, autoadministrado, padronizado e semiestruturado para a coleta de dados. Esse questionário constou de questões com características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, profissão, renda familiar, tempo de formado, etc.) e relacionadas à vida laboral do participante (local de emprego; tempo na função; se recebeu capacitação, qual tipo, quando, carga horária; se recebeu capacitação para controle de TB, qual tipo, quando, carga horária; se atende pacientes com TB ou pelo menos sintomático respiratório; tempo em semanas do último caso de TB atendido; se trata pacientes com ILTB, etc.) (Anexo B).

O questionário foi inserido na RedCap®. Os dados foram coletados e enviados às unidades por meio de questionário eletrônico com perguntas pré-codificadas, previamente testadas em um grupo de sujeitos similares aos incluídos na pesquisa para confirmar a adequação do instrumento, visando à qualidade das informações obtidas. Assumiu-se o Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil (BRASIL, 2019b) como texto padrão para a confecção das questões.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

As respostas textuais forneceram suporte a análise dessa etapa da pesquisa. Para o processamento dos dados, foi realizada a extração do banco CAP para programa Microsoft Office Excel 2020 e apresentados em tabelas com frequências

absolutas e relativas das variáveis. Para o recorte da pesquisa, optou-se pela análise do grupo de prescritores.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo integra o projeto multicêntrico “Avaliação da Implementação da Isoniazida 300 mg para o Tratamento da Infecção Latente da TB no Brasil” que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 88226218.0.1001.5060, e obedeceu a todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1: “DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA”

Estudo qualitativo realizado com os profissionais de saúde (atenção primária, especializada e gestores) participantes da entrevista coletiva. Os dados obtidos foram sistematizados em DSC e permitiram compreender o pensar e o agir coletivo desses profissionais em relação à ILTB e ao uso da INH no enfrentamento da doença. O artigo foi publicado na revista *Texto e Contexto Enfermagem* (Qualis A3 Saúde Coletiva).

Artigo original

DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA

Melina Mafra Toledo¹

<https://orcid.org/0000-0002-2727-2933>

Ethel Leonor Noia Maciel²

<https://orcid.org/40000-0003-4826-3355>

Wildo Navegantes de Araújo³

<https://orcid.org/0000-0001-5186-021X>

Josenaide Engracia dos Santos⁴

<https://orcid.org/0000-0002-7712-8470>

Rozemere Cardoso de Souza⁵

<https://orcid.org/0000-0003-2705-1556>

¹Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, *Campus Ceilândia*. Brasília, Distrito Federal, Brasil

⁴Universidade de Brasília, Faculdade Ciências da Saúde, *Campus Ceilândia*. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁵Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde. Ilhéus, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o pensar e o agir coletivo de trabalhadores da saúde em relação à Infecção Latente por Tuberculose e ao uso da Isoniazida no enfrentamento da doença.

Método: estudo qualitativo com 22 profissionais de saúde de quatro cidades do Brasil e do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu mediante realização de entrevista coletiva semiestruturada, em março de 2019, com duração média de uma hora e trinta minutos. Realizou-se análise de conteúdo pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: os discursos dos profissionais revelaram incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, ao “medo de errar” e formas inadequadas de uso da Isoniazida 300 mg, ao poder da decisão sobre o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, às dificuldades da integração entre os serviços e à organização de fluxos assistenciais.

Conclusão: embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da Infecção Latente por Tuberculose, foram identificadas, dentre outras, manifestações subjetivas relacionadas à necessidade de trabalhar os receios que afetam a decisão sobre o tratamento e os possíveis erros de medicação, e de pensar esse processo de forma colaborativa, que considere autonomia no agir, tanto dos profissionais quanto da pessoa com Infecção Latente por Tuberculose.

DESCRITORES: Tuberculose latente. Tuberculose. Isoniazida. Pessoal da saúde. Cooperação. Adesão ao tratamento medicamentoso.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 2 bilhões de pessoas em todo o mundo estão com Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) e 10% delas podem desenvolver a forma ativa devido à reativação do microrganismo causador, o *Mycobacterium tuberculosis*.¹ Globalmente, em 2020, foram notificados 7 milhões de contatos de casos de Tuberculose (TB) pulmonar confirmados bacteriologicamente, dos quais 3,9 milhões (55%) foram avaliados tanto para infecção por TB quanto para a doença.²

Para reduzir o desenvolvimento de TB ativa e eliminar a infecção em todo o mundo, indivíduos com ILTB e seus contatos devem ser tratados de forma adequada.³⁻⁵

O tratamento anual de apenas 8% desses indivíduos reduziria a incidência global em 14 vezes até 2050, em comparação com incidências anteriores, mesmo na ausência de medidas adicionais de controle da TB.³

A Isoniazida (INH) está entre os regimes alternativos consistentemente recomendados no tratamento preventivo para erradicação da ILTB: Isoniazida diária por quatro ou nove meses.⁶⁻⁷ Essa substância é capaz de reduzir o risco de adoecimento por TB ativa de 60% a 90%.⁸⁻⁹

No Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), a INH de 100 mg é distribuída para tratamento da ILTB por períodos de seis meses ou nove meses. A partir de 2018, a apresentação da INH 300 mg também passou a ser disponibilizada, visando à melhor adesão ao tratamento. Nesse caso, a depender do peso, o paciente poderá diminuir a ingestão de comprimidos, de três (100 mg) para um (300 mg).⁹

O uso do tratamento profilático vem ganhando cada vez mais adesão no mundo por demonstrar redução das taxas de TB e prevenir outros desfechos negativos em pacientes com comorbidades.¹⁰⁻¹¹ O número de pessoas que recebem tratamento preventivo de TB quadruplicou desde 2015, de 1 milhão, em 2015, para mais de 4 milhões, em 2019.^{2,12}

Contudo, a pandemia provocada pela COVID-19, em 2020, teve grande impacto no manejo da TB ativa e latente, decorrente das interrupções nos serviços. Países com alta carga de TB mostraram quedas acentuadas nas notificações dessa doença em 2020 e, conseqüentemente, nos rastreios da ILTB e tratamento preventivo.²

No Brasil, a maioria das perdas no processo de tratamento da TB e ILTB ocorre nos primeiros passos: identificação do contato e encaminhamento para investigação.¹³⁻¹⁴ Uma pesquisa apontou que 43% dos contatos próximos são identificados e, desses, apenas 3% passam a receber tratamento.¹⁵ Outra pesquisa mostrou que, em países como Índia e Indonésia, nos quais os casos de TB são gerenciados no setor privado e apresentam qualidade ruim de assistência, a cascata de cuidado é comprometida.¹⁶

A identificação de usuários com ILTB e seus contatos são tarefas que dependem fortemente de trabalhadores da saúde, especialmente aqueles que trabalham na Atenção Primária à Saúde, por ser esta uma estratégia efetiva de organização do sistema de saúde, de redes de cuidado e de enfrentamento de problemas, através de equipe multiprofissional e do trabalho colaborativo.¹⁷

Todavia, o conhecimento dos profissionais de saúde é insuficiente em relação aos dados epidemiológicos de TB, aos conceitos sobre ILTB e à localização ativa de casos, o que interfere nas práticas de enfrentamento e prevenção da doença.¹⁸ Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender o pensar e o agir coletivo de profissionais de saúde em relação à ILTB e ao uso da INH no enfrentamento da doença.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa.

A amostra por conveniência foi constituída por 22 trabalhadores da saúde que desenvolviam ações de assistência, prevenção, tratamento e gestão da ILTB em quatro cidades do Brasil (Curitiba, Vitória, São Paulo, Belo Horizonte) e no Distrito Federal (DF). Os critérios de inclusão foram: experiência clínica mínima de um ano no desenvolvimento de práticas relacionadas à ILTB e ao uso da INH de 300 mg e possuir vínculo contratual de trabalho permanente com o órgão público de saúde em que atuava no momento da pesquisa. Excluíram-se os trabalhadores que estavam afastados das atividades laborais por condições médicas ou pessoais.

A aproximação com os participantes se deu pelas seguintes etapas: a) levantamento de possíveis participantes pela equipe do projeto nos serviços de saúde do DF. Nas cidades, a equipe contou com o apoio do Ministério da Saúde para realizar essa etapa e formalizar o convite para participação; b) envio do convite por contato telefônico ou *e-mail* institucional com conteúdos relacionados a: objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados, local de realização, aspectos éticos, cronograma e custeio das diárias de deslocamento para o DF. c) obtenção do Termo de Consentimento em resposta à carta-convite. Dois potenciais participantes do DF se recusaram a participar por indisponibilidade de horário; d) encontro presencial para entrevista. A pesquisa foi realizada em espaço privativo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do DF/Brasília, Brasil. Nessa etapa, ainda ocorreram duas desistências por motivos emergenciais, porém, foi possível a substituição por outros profissionais.

A coleta de dados ocorreu presencialmente em março de 2019, através da entrevista coletiva semiestruturada, técnica escolhida por facilitar a coleta de depoimentos coletivos, favorecer o aprofundamento de determinados temas e a construção de significados relacionados ao objeto de estudo.¹⁹ As entrevistas foram

conduzidas por uma pesquisadora enfermeira, mestre em saúde coletiva, e três colaboradoras da área da psicologia, todas com experiência em pesquisa qualitativa.

Os participantes, incluindo médicos, enfermeiros, biólogo e técnicos da vigilância epidemiológica, foram divididos em três grupos para a entrevista coletiva, que teve duração média de uma hora e trinta minutos. Os grupos foram organizados pelo critério de similaridade da área de atuação: grupo de gestores, grupo de profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde e grupo de profissionais atuantes na atenção especializada em saúde (ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e hospitais).

O roteiro da entrevista coletiva semiestruturada incluía questões comuns aos três grupos e específicas a cada grupo. Um roteiro norteador com evocações espontâneas foi utilizado para aproximar os participantes da pesquisa da realidade com objetivo de conhecer suas percepções/significados em relação à doença e manejo da ILTB e ao processo de implementação da INH 300 mg e às estratégias utilizadas na superação das dificuldades.

Previamente, foram realizadas entrevistas-testes com profissionais atuantes nas áreas assistencial, especializada e gestão para ajustes das questões evocativas. Não houve necessidade de mudanças nas entrevistas, apenas a ordem das questões foi alterada para facilitar a condução da entrevista e o entendimento dos participantes. Por consenso dos pesquisadores, os dados da entrevista-teste não foram incluídos na análise.

As entrevistas foram gravadas e uma das colaboradoras realizou o registro de conteúdos emergentes das falas e das expressões não verbais dos participantes durante a dinâmica grupal. Para encerramento dos grupos, considerou-se a repetição de conteúdos emergentes, sem a introdução de novos componentes relacionados ao objeto de estudo.

Além da entrevista coletiva semiestruturada, utilizou-se um formulário contendo características sociodemográficas e ocupacionais dos indivíduos (idade, sexo, tempo de formação e atuação na unidade).

Após transcrição e revisão dos materiais, os conteúdos emergentes dos grupos foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estratégia metodológica que consiste em uma forma de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas.

O DSC capta o conteúdo essencial, seleciona os extratos mais significativos do discurso, os quais são classificados por: Expressões-chave – sintetizam ideias e falas, melhor sinalizam o conteúdo das respostas; Ideia Central – etiqueta semântica que descreve o sentido de um depoimento.¹⁹

Com o material das Expressões-chave das Ideias Centrais, foram construídos discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que configuram os DSC e expressam o pensamento de um grupo ou coletividade, como se a coletividade fosse o emissor do discurso.

O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas e obedeceu a todos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Do total de 22 participantes, 80% eram mulheres. Em relação à faixa etária, a média de intervalo foi de 45 anos. O tempo em anos de experiência no atual cargo foi, em média, oito anos para os profissionais da atenção primária e de 11 anos e meio para profissionais da atenção especializada e gestão. Quanto à categoria profissional, participaram da pesquisa seis médicos, um sanitarista, três farmacêuticos, nove enfermeiros, dois técnicos em vigilância epidemiológica e uma bióloga.

O grupo de gestores contou com sete participantes: três enfermeiras (coordenadoras de Programa de Tuberculose), uma sanitarista (Gerente de Serviço da Atenção Primária), um farmacêutico (Gerente de uma unidade especializada) e uma bióloga (Gestora Municipal de Saúde).

O grupo dos profissionais da Atenção Básica foi composto por oito participantes, sendo cinco enfermeiras e três médicos, todos atuantes em equipes de saúde da família e comunidade. O grupo dos profissionais da atenção especializada contou com sete profissionais distribuídos nas seguintes categorias: dois enfermeiros e um médico de um hospital com serviço especializado em TB, e dois médicos um enfermeiro e um farmacêutico que trabalhavam em serviços especializados de média complexidade.

Os DSC representam percepções, significados e posicionamentos dos profissionais sobre ILTB e INH de 300 mg, a partir de quatro Ideias Centrais, as quais serão apresentadas a seguir.

Ideia Central 1: Incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da ILTB

Os profissionais questionam acerca do tratamento da ILTB, descrevem lacunas de conhecimento sobre esse processo e o sentimento de que faltam a eles argumentos para convencimento da adesão dos pacientes (Quadro 1), aspecto que pode também interferir na não adesão desses profissionais aos procedimentos estabelecidos pelos protocolos de tratamento

Quadro 1 – DSC sobre as incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da ILTB.

DSC 1
Expressões-chave= assintomático; prevenção; rastreamento
<i>DSC 1 – Na verdade, a ILTB está desconhecida para os profissionais e para os pacientes. Até trata TB ativa, mas a ILTB parece que assim a avaliação dos contatos fica muito no visual. Não tá passando por todo o processo de fazer o PPD, fazer o raio-X. Por exemplo, a pessoa que procura o médico, o profissional avisa que ele está doente, mas não tem sintoma. Então, “Ele tá ótimo.” Né? E daí você vai explicar que fez uma reação, né, no, no PPD e daí quer dizer que ele tá infectado? Então a gente tem essa dificuldade. Como tratar a infecção latente? Tem que tratar infecção latente?</i>

Ideia Central 2: O “medo de errar” e formas inadequadas do uso da INH 300 mg

O discurso dos profissionais revelou receios e pouca familiaridade com o uso da INH 300 mg (Quadro 2). O “medo de errar” destaca-se nas etapas que envolvem a dispensação e/ou a administração da medicação. O discurso considerou também que erros de dispensação dessa substância, envolvendo doses ou formas incorretas, demandam maiores esforços dos profissionais tanto na identificação física do medicamento quanto na orientação junto aos usuários.

Quadro 2 – DSC sobre o “medo de errar” e o uso inadequado da INH 300 mg.

DSC 2
Expressões-chave= erros de administração da INH de 300 mg
<i>DSC 2 – Nossa, um comprimido só já tem confusão, imagine liberar a cartela. Como que vai ser isso? A Isoniazida, ela já fica onde a gente organiza junto com o estoque do HIV, para não confundir. O médico prescreveu 100 miligramas, três vezes ao dia,</i>

só que, na cabeça da profissional, ela podia dispensar a de 300 mg, pegou, e dispensou de forma equivocada para o paciente, ou seja, 900 mg. Mas conseguimos resolver com o paciente. Eu ando arrepiada, mas eu ando arrepiada com essas histórias, porque, olha... Eu já peguei médico bom, que eu conheço, que foi residente lá no hospital, passando um comprimido do esquema básico uma vez por dia. Eu já peguei farmacêutico, enfermeira, que mandou o doente tomar o remédio de seis em seis horas. Assim, fiquei preocupada deles tomarem o negócio errado. O medo de errar é muito grande.

Ideia Central 3: Sobre o poder da decisão do tratamento da ILTB

O discurso dos profissionais revela a hegemonia médica na decisão quanto ao tratamento da ILTB com INH. Além disso, o discurso fala da decisão individual, em detrimento do trabalho em equipe e da autonomia de outros profissionais quanto ao melhor tratamento (Quadro 3). A conduta terapêutica não inclui diálogos participativos, com reconhecimento de todos os atores no processo do cuidar.

Quadro 3 – DSC sobre o poder da decisão do tratamento da ILTB.

DSC 3
Expressões-chave=prescrição como decisão médica
<p>DSC 3 – <i>Conversei semana passada com uma infectologista [...] ela disse: “Você acha que tem necessidade realmente de tratar, a infecção latente? Não dá para você ficar fazendo Isoniazida na caixa d’água, para todo mundo beber”. É só o médico que trata. E ele que faz todo o tratamento. Somente ele. E assim, não foi descentralizado. Uma colega nossa que aposentou que é infecto que atuou no programa, ela tentou arduamente conversar com os colegas, do próprio SAE da necessidade de que o, o, o paciente HIV ele tem que fazer a ILTB, mas a gente sente uma resistência.</i></p>

Ideia Central 4 – Desarticulação de serviços, fluxos assistenciais e organização de redes

O discurso dos profissionais relaciona a importância de construir redes de cuidado para o atendimento ao paciente com ILTB (Quadro 4). Contudo, no cotidiano profissional, os serviços de saúde estão desarticulados nos diferentes níveis de

atenção à saúde, impactando na ausência de definição e acompanhamento de fluxos assistenciais.

Quadro 4- DSC sobre a desarticulação de serviços, fluxos assistenciais e organização de redes.

DSC 4
Expressões-chave= articulação de redes de atenção à saúde
<p>DSC 4 – <i>Tem realmente essa dificuldade de fluxos né? Então, acho que também falta muito essa conversa entre as redes, ou protocolo para organizar. Aí tem lá o fluxo. “Ah beleza!” Mando o paciente pra lá... Só que chega lá o paciente ele, muitas vezes não consegue, não é, não é bem daquele jeito que a gente imagina. Então a gente não tem noção dos processos que são. Quando você está na especializada você não tem noção de como é na Atenção Básica. Então, existe um lapso para a gente em relação à Atenção Básica ao nível secundário. Nós não temos fluxo, nós não temos linha de cuidado.</i></p>

DISCUSSÃO

O discurso dos profissionais de saúde revela barreiras para o tratamento da ILTB, evidenciado pelas ideias centrais que falam de incertezas, limitações e falhas no manejo da melhor conduta terapêutica. E não apenas isto, os profissionais revelaram dúvidas se pessoas nessa condição deveriam ser monitoradas. Esse entendimento converge com estudo realizado em três capitais brasileiras com alta incidência de TB. Do total da amostra de enfermeiros e médicos participantes, percentuais elevados não consideravam importante investigar a presença de tuberculose e da ILTB em contatos infantis (46%) e adultos (49%).¹⁸

Outra explicação para incertezas dos profissionais quanto ao tratamento da ILTB pode ser dada pelo fato de os indivíduos com essa infecção serem assintomáticos e, portanto, clinicamente indetectáveis. Como em qualquer serviço de saúde preventivo, pode ser difícil tratar pessoas com ILTB que são assintomáticas e se sentem saudáveis.²⁰

Embora haja o reconhecimento global sobre a importância do rastreamento e do tratamento da ILTB, sendo a INH a monoterapia mais utilizada,⁴ tais incertezas têm

implicações diretas no controle e eliminação da doença e também na baixa adesão dos pacientes aos protocolos recomendados, a qual está comumente relacionada ao desconhecimento sobre a real necessidade do tratamento e às possíveis consequências da evolução para tuberculose ativa, assim como ao desenvolvimento de bactérias multirresistentes.²¹

Convergente com o estudo bibliográfico sobre adesão/não adesão ao tratamento de pacientes, a análise desse discurso conduz a refletir sobre a corresponsabilidade dos profissionais na solução de problemas envolvendo esse processo, e também para a necessidade de superar uma concepção reduzida do papel submisso tanto do paciente, para pensá-lo como um sujeito ativo do seu modo de viver e conviver com a doença e o tratamento,²² quanto do profissional, quando recebe, de forma verticalizada, protocolos assistenciais, sem que eles sejam produtos de uma construção coparticipativa.

A adesão ao tratamento depende, dentre muitos fatores, da relação estabelecida entre o profissional e a pessoa em tratamento, da forma como a pessoa compreende a doença, da organização da assistência (fluxos), de políticas de saúde e sociais arrojadas. Assim, as possibilidades para o enfrentamento da tuberculose são diversas, no entanto, é importante delinear-las considerando os recursos existentes e o envolvimento dos atores-chave.²¹ Dessa forma, o cuidado em saúde pode transcender a cultura das intervenções reducionistas ao plano biológico/clínico, e caminhar para a cultura de projetos conjuntos de intervenção entre equipes e serviços de saúde.¹⁷

O discurso dos profissionais também revelou limitações específicas relacionadas ao manejo clínico da ILTB. A primeira delas refere-se aos possíveis erros dados pela nova apresentação da INH de 300 mg. No Brasil, até o ano de 2017, apenas a posologia de INH 100 mg estava disponível. A disponibilização pela rede de saúde das duas posologias, com semelhanças de apresentação e invólucro, na concepção do DSC, parece induzir a erros de administração e de dose, desencorajando o uso da nova tecnologia de tratamento da ILTB. Assim, o discurso expressa pouca familiaridade com a nova prescrição e receios em relação ao cometimento de erros na dispensação e manejo da medicação.

Os erros de medicação envolvem questões complexas, e podem relacionar-se à prática profissional e aos produtos, como falhas nas embalagens, procedimentos e sistemas de saúde.²³ Além disso, os profissionais de saúde normalmente associam

falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições, e tendem a subnotificar o problema.²⁴

Importante ressaltar que erros de medicações também constituem a principal causa de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo. A meta global seria reduzir em 50% danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos até o ano 2023. Disso depende o desenvolvimento de sistemas de saúde seguros e eficientes em cada etapa do processo,²⁵ o entendimento sobre os porquês e como as pessoas erram e de que maneira os fatores sistêmicos influenciam de forma decisiva nas falhas humanas. Assim, os receios no discurso dos profissionais sugerem a necessidade de conscientização sobre as ocorrências, suas causas e, especialmente, as medidas pertinentes a serem tomadas quanto a possibilidades de falhas de medicação, no âmbito dos esforços individuais, dos protocolos e sistemas existentes.

Outra limitação expressa no discurso dos profissionais diz respeito à hegemonia médica na decisão do tratamento, que implica não autonomia dos outros profissionais e muito menos do paciente, cuja opinião não é citada no discurso. Autonomia tem relação com o “respeitar o interesse de cada pessoa em viver sua vida de acordo com sua concepção do que é bom”,^{26:2} e isso, no campo da saúde, fala dos propósitos e identidade profissionais, como também dos usuários dos serviços.

Conforme recomendações dos protocolos assistenciais no país,^{21,27-28} a responsabilidade do tratamento da ILTB/TB é da equipe multiprofissional, podendo, nos casos de TB, a prescrição medicamentosa também ser atribuída ao enfermeiro. Para a ILTB, essa prescrição é exclusiva ao médico, como fala o discurso, o que não impede os diálogos e o compartilhamento da decisão com outros profissionais da equipe.

No âmbito do SUS do Brasil, a abordagem integral prevê uma prática assistencial colaborativa, composta por diversos saberes, onde os indivíduos possam fazer e participar das escolhas sobre o cuidado. Portanto, o discurso dos profissionais aponta para um desafio complexo quanto à construção da autonomia relacional do trabalho em equipe e do protagonismo dos usuários.²⁶

Por fim, destacam-se limitações e falhas no discurso acerca dos fluxos de atendimentos. A fala dos profissionais revelou comunicação precária e conseqüente desarticulação entre os serviços para atendimentos dos usuários. Tais dificuldades são particularmente agravantes da adesão do paciente. A importância dos fluxos assistenciais visa, pois, garantir o atendimento das necessidades dos usuários

integralmente, com flexibilidade, adequando essas necessidades ao itinerário que a pessoa precisa fazer dentro de uma rede organizada.²⁸ Por isso, esses fluxos assistenciais não devem ser construídos por modelos de gestão verticalizados.²⁹

A gestão do cuidado requer um agir coletivo de vários atores e está atrelada à dimensão organizacional, processo que define fluxos, protocolos e normas de atendimento.³⁰ Nesse processo, a educação interprofissional é uma estratégia que pode favorecer uma prática colaborativa, entre serviços da rede de atenção à saúde e entre estes e profissionais de outros setores, na adoção de sistemas integrados.¹⁷

Tais aspectos administrativos constituem o primeiro e mais importante componente de estratégias para o controle da ILTB.³¹ Contudo, estudos que abordam adesão no tratamento da ILTB dão ênfase aos riscos de toxicidade e reações adversas da INH,³²⁻³³ ao estudo de biomarcadores que possam melhor prever a progressão da doença ou a diferença entre TB e ILTB.³⁴ Assim, buscam-se tratamentos que possam ser mais curtos e seguros, a exemplo de esquemas quatro meses de rifampicina ou um regime de nove meses de INH, ou do uso combinado dessa substância com a INH.^{33,35} Os autores recomendam pesquisas básicas e clínicas para superar as barreiras relacionadas às reações medicamentosas, e evitar a propagação da doença pelo tratamento da ILTB.

Por sua vez, o presente estudo avança no conhecimento ao buscar compreender a temática de enfrentamento da ILTB na perspectiva de profissionais e gestores de saúde sobre o novo protocolo de tratamento com a INH. A principal contribuição do estudo para o campo em que está inserido é que o cotidiano dos profissionais está atrelado a valores simbólicos e sociais que repercutem na adesão/não adesão ao tratamento da ILTB. O pensar e agir desses profissionais necessitam urgentemente serem considerados na concepção de protocolos assistenciais, transmutando o papel de executores em protagonistas, corresponsáveis pelo cuidado.

O estudo apresenta limitações quanto ao poder de generalização restrito a seu recorte, quanto ao contexto temporal, ou seja, a dinamicidade com que os protocolos são modificados e recomendados, e, ainda, quanto à abordagem centrada nos aspectos técnicos e operacionais. Sugerem-se novos estudos relacionados aos modelos de gestão, ao processo de construção dos protocolos assistenciais e a avaliações subjetivas do trabalho em saúde, envolvendo todos os atores. Investir

nesses aspectos também constitui um movimento necessário para fortalecer a prática e avançar no tratamento e acompanhamento da pessoa com ILTB.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde percebem o tratamento da ILTB a partir de questões técnicas e operacionais, que expressam incertezas, barreiras e falhas no manejo dos protocolos assistenciais recomendados no uso da INH, apesar das evidências sobre os benefícios dessa substância para o enfrentamento adequado da infecção e prevenção da doença.

Embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da ILTB, foram identificadas, entre outras manifestações subjetivas, a necessidade de trabalhar os receios que afetam a decisão sobre o tratamento e os possíveis erros de medicação, e de pensar esse processo de forma colaborativa, que considere autonomia no agir, tanto dos profissionais quanto da pessoa com ILTB.

As possibilidades de transformar esse panorama se relacionam com melhoria dos aspectos estruturais e organizacionais dos serviços e com a articulação dos atores-chave do sistema de saúde, sendo a educação interprofissional um caminho para criação dessas mudanças, assim como os movimentos para tessituras da rede de cuidado integral e colaborativo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization; 2018 [internet] [acesso 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/covid-19>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. [internet] Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso 2022 Jan 14]. Disponível em <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>
3. Haley CA. Treatment of latent tuberculosis infection.. Microbiol Spectr [internet]. 2017 [acesso 2019 Fev 12]; 5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.TNMI7-0039-2016>

4. Anton C, Machado FD, Ramirez JMA, Bernardi RM, Palominos PE, Breno C, et al. Latent tuberculosis infection in patients with rheumatic diseases. *J Bras Pneumol.* [internet]. 2019 [acesso 2020 Jun 23]; 45(2):e20190023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20190023>
5. D'Ambrosio L, Bothamley G, Caminero Luna VER, Duarte R, Guglielmetti L, Muñoz Torrico M, Migliori GB. Team approach to manage difficult-to-treat TB cases: Experiences in Europe and beyond [internet] *Pulmonology.* 2018 [acesso 01 Nov 2022] Elsevier Espana S.L.U. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.10.005>
6. Ministério da Saúde (BR). Tratamento diretamente observado (VER) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. [internet] Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2011 [acesso 2020 Jan 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf
7. U.S. Department of Health & Human Services. Division of Tuberculosis Elimination, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention [internet] [Page last reviewed: February 13, 2020] [acesso 2021 Jan 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/ltbi.htm>
8. Ministério da Saúde (BR). Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. [internet] Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; 2019. [acesso 2021 Fev 18]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde no SUS. Relatório de recomendação Isoniazida utilizada para tratamento da tuberculose (TB): comprimidos de 300 mg. [internet] Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2019 Fev 12]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_INH300_InfeccaoLatente_MycobacteriumTuberculosis.pdf
10. Ross JM, Badje A, Rangaka MX, Walker AS, Shapiro AE, Thomas KK, et al. Isoniazid preventive therapy plus antiretroviral therapy for the prevention of

- tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Lancet HIV*. [internet]. 2021 Jan [acesso 2021 Dez 02]; 8(1):e8-e15. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30299](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30299)
11. Menzies D, Adjobimey M, Ruslami R, Trajman A, Sow O, Kim H, et al. Four months of rifampin or nine months of isoniazid for latent tuberculosis in adults. *N Engl J Med*. [internet] 2018 [acesso 2020 nov 02] 379(5):440-53. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1714283>
 12. Harding E. WHO global progress report on tuberculosis elimination. *Lancet Respir Med*. [internet] 2019 Jan [acesso 2020 Jun 25]; 8(1):19. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30418-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30418-7)
 13. Trajman A, Wakoff-Pereira MF, Ramos-Silva J, Cordeiro-Santos M, Hill PC, Menzies D, et al. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis transmission and prevention among auxiliary healthcare professionals in three Brazilian high-burden cities: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. [internet] 2019 Jul 30 [acesso 2020 Jan 15];19(1):532. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>
 14. Souza AB, Arriaga MB, Amorim G, Araújo-Pereira M, Nogueira BMF, Queiroz ATL, et al. Determinants of losses in the latent tuberculosis infection cascade of care in Brazil. *BMJ Saúde Global* [internet] 2021 [acesso 2022 fev 18]; 6:e005969. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/9/e005969>
 15. Salame FM, Ferreira MD, Belo MT, Teixeira EG, Cordeiro-Santos M, Ximenes RA, et al. Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care. *PloS One* [internet] [acesso jan 2020] 2017 Sep 21;12(9):e0184061. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0184061](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184061)
 16. Subbaraman R, Nathavitharana RR, Mayer KH, Satyanarayana S, Chadha VK, Arinaminpathy N, et al. Constructing care cascades for active tuberculosis: A strategy for program monitoring and identifying gaps in quality of care. *PloS Med*. [internet] 2019 Feb 27 [acesso 2021 Fev 02]; 16(2):e1002754. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002754>
 17. Peduzzi M; Agreli F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso 2022 Jun 12]; 22 (Suppl 2):1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

18. Ramos J, Wakoff-Pereira MF, Cordeiro-Santos M, Albuquerque MFM, Hill PC, Menzies D, et al. Conhecimento e percepção de médicos e enfermeiros em três capitais brasileiras com alta incidência de tuberculose a respeito da transmissão e prevenção da doença. *J Bras Pneumol*. 2018 [acesso 2020 Jun 23]; 44(2):168-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000019>
19. Lefevre F. Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar. Nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
20. Hannah A, Dick M. Identifying gaps in the quality of latent tuberculosis infection care. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis* [internet]. 2020 Jan 5 [acesso 2021 Jun 12]; 18:100142. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2020.100142>
21. Ministério da Saúde (BR). Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem [internet] Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022. [acesso 2020 jan 12]. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf>
22. Sicsú VER, Gonzales RIC, Mitano F, Sousa LO, Silva LMC, Ballesteros JGA, et al. Práticas de enfermagem centradas no indivíduo com tuberculose: interface com a democracia. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Jun 12]; 72(5):1284-90 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0380>
23. Maia JLB, Batista RFL, Rosa MB, Melo JB, Silva FM, Carneiro S. Fatores associados erros de dispensação de medicamentos: contribuição à melhoria de sistemas de medicação. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2019 [acesso 2021 Jun 12]; 27:e44633. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44633>
24. Meneguetti MG, Garbin LM, Oliveira MP, Shimura CMN, Guilherme C, Rodrigues RAP. Errors in the medication process: proposal of an educational strategy based on notified errors. *J Nurs UFPE on line*. [internet]. 2018 [acesso 2021 Jun 12]; 11(Supl. 5):2046-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201709>
25. World Health Organization. Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. [internet] Geneva: World Health Organization; 2018. [acesso 2021 Fev 20]. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

26. Peres MAA, Paim L, Brandão MAG. Autonomia profissional como centralidade em Boas Práticas de Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2020 [acesso 2022 Jan 15]; 73(2):e20180373. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>
27. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de vigilância da infecção *latente pelo Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. [internet] Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis; 2018. [acesso 2020 Fev 02]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_infeccao_latente_mycobacterium_tuberculosis_brasil.pdf
28. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde. [internet] Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2021. [acesso Jun 2021]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_tuberculose_orientacoes_gestores_profissionais_saude.pdf
29. Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado [online]. Salvador: EDUFBA; 2018 [acesso 2022 Jan 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/978852322026>
30. Villa TCS, Brunello MEF, Andrade RLP, Orfão NH, Monroe AA, Nogueira VER, et al. Management capacity of primary health care for tuberculosis control in different regions of Brazil. Texto Contexto Enferm. 2018 [acesso 2022 Jun 12];27(4):e1470017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001470017>
31. Christof C, Nußbaumer-Streit B, Gartlehner G. WHO Guidelines on Tuberculosis Infection Prevention and Control. [internet] Gesundheitswesen. [acesso em 2021 Jan 26] 2020; 82(11):885-9. Disponível em <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1241-4321>
32. Chung SJ, Lee H, Koo GW, Min J-H, Yeo Y, Park DW, et al. Adherence to nine-month isoniazid for latent tuberculosis infection in healthcare workers: a prospective study in a tertiary hospital. Sci Rep. 2020 [acesso 22 Nov 2022]; 10:6462. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63156-8>

33. Menzies D, Adjobimey M, Ruslami R, Trajman A, Sow O, Kim H, Benedetti A. Four Months of Rifampin or Nine Months of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adults. *N Engl J Med*. 2018 [acesso 22 Nov 2022]; 379(5):440-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1714283>
34. Chee CBE, Reves R, Zhang Y, Belknap R. Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology*. 2018 [acesso 30 Out 2022]; 23(10):893-900. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/resp.13346>
35. Sun HY, Huang YW, Huang WC, Chang LY, Chan PC, Chuang YC, et al. Twelvedose weekly rifapentine plus isoniazid for latent tuberculosis infection A multicentre randomised controlled trial in Taiwan. 2018 [acesso 01 nov 2022] 111:121-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tube.2018.05.013>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Discurso coletivo: conhecimento, atitudes e práticas frente à infecção latente da tuberculose (ILTb) e o tratamento com isoniazida 300 mg, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Maciel ELN, Araújo WN

Coleta de dados: Toledo MM, Santos JE

Análise e interpretação dos dados: Toledo MM, Santos JE, Souza RC

Discussão dos resultados: Toledo MM, Santos JE, Souza RC, Araujo WN

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Toledo MM, Santos JE, Souza RC

Revisão e aprovação final da versão final: Toledo MM, Santos JE, Souza RC

FINANCIAMENTO

Ministério da Saúde do Brasil – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Mandato nº 25000.060989/2018-79 -CGPNCT/DEVIT/SVS/MS TED 47/2018

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo,
Parecer n. 3.029.507 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE:
88226218.0.1001.5060

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses para o desenvolvimento do estudo.

HISTÓRICO (uso da revista)

Recebido:

Aprovado:

AUTOR CORRESPONDENTE

Melina Mafra Toledo

melina.toledo@escs.edu.br

5.2 ARTIGO 2: “TUBERCULOSE LATENTE: ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”

Estudo qualitativo realizado com os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, participantes da entrevista coletiva. Os dados obtidos foram sistematizados em DSC e permitiram analisar as percepções e experiências dos profissionais sobre prevenção da ILTB. O artigo foi publicado na revista chilena Ciencia y Enfermeria (Qualis B1 Saúde Coletiva).

TUBERCULOSE LATENTE: ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Melina Mafra Toledo¹

Ethel Leonor Noia Maciel^{**}

Wildo Navegantes Araújo^{***}

Rozemere Cardoso de Souza^{****}

Josenaide Engracia dos Santos^{*****}

RESUMO

Objetivo: Analisar as percepções e experiências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre prevenção da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB).

Material e Método: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com oito profissionais de saúde da atenção primária, de três regiões do Brasil (Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Os dados foram coletados por entrevista coletiva semiestruturada com a questão norteadora: Quais são as estratégias e experiências dos profissionais da atenção primária à saúde na prevenção da Infecção Latente por

¹Enfermeira, Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2727-2933> E-mail: melina.toledo@escs.edu.br. Autor de correspondência

^{**}Enfermeira, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/40000-0003-4826-3355> E-mail: ethel.maciel@gmail.com

^{***}Epidemiologista, Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5186-021X> E-mail: wildo74@gmail.com

^{****}Enfermeira, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Departamento de Ciências da Saúde, Ilhéus, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2705-1556> E-mail: rcsouza@uesc.br

^{*****}Psicóloga, Universidade de Brasília (UnB), Faculdade Ciências da Saúde, Ceilândia, Brasília, Distrito Federal, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7712-8470> E-mail: josenaidepsi@gmail.com

Tuberculose? Realizou-se análise de conteúdo pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Agrupamento dos discursos coletivos: 1) experiência e supervisão de tratamento da ILTB para pessoas em situação de vulnerabilidade; 2) cuidados familiares e a importância da Estratégia Saúde da Família no tratamento da ILTB; 3) campanhas de prevenção da ILTB; e 4) fragilidade na integração com serviços especializados e ausência de fluxos assistenciais/linha de cuidado. **Conclusão:** As ideias do discurso coletivo expressam a necessidade de mudanças na gestão do trabalho em saúde no nível de atenção primária, a fim de potencializar as ações de prevenção e tratamento existentes, considerando a educação permanente, a definição de fluxos assistenciais e de linhas de cuidado, com destaque para a população em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Tuberculose Latente; Atenção Primária à Saúde; Serviços Preventivos de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions and experiences of Primary Health Care professionals regarding the prevention of Latent Tuberculosis Infection (LTBI). **Material and Method:** Exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, carried out with eight primary care health professionals, from three states of Brazil (midwest, southeast and south) and the Federal District. Data were collected through a semi-structured collective interview with the guiding question: What are the strategies and experiences of primary health care professionals in preventing Latent Tuberculosis Infection? Content analysis was performed using the Collective Subject Discourse technique. **Results:** grouping of collective discourses: 1) experience and supervision of LTBI treatment for vulnerable people; 2) Family care and the importance of the Family Health Strategy in the treatment of LTBI; 3) LTBI prevention campaigns and 4) fragility in integration with specialized services and absence of care flows/line of care. **Conclusion:** the ideas of the collective discourse express the need for changes in the management of health work at the primary care level, in order to enhance existing prevention and treatment actions, considering permanent education, the definition of assistance flows and lines of care , with emphasis on the vulnerable population.

Key words: Latent Tuberculosis; Primary Health Care; Preventive Health Services.

INTRODUÇÃO

A Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) é definida como um estado de reação imunológica persistente a *Mycobacterium tuberculosis*, embora sem sintomas clínicos, achados radiográficos anormais ou evidência microbiológica de tuberculose ativa⁽¹⁾. É reconhecida como a maior fonte de novos casos de tuberculose (TB) e principal motivo de alta mortalidade por essa doença⁽²⁾.

A prevenção e o tratamento são importantes devido ao risco de reativação da TB, influenciada por determinantes sociais, como pobreza e desigualdades no acesso aos sistemas de saúde, e fatores biológicos, como faixa etária e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)^(1,3,4).

Estratégias abrangentes e integradas de rastreamento, diagnóstico e tratamento adequados da ILTB são componentes cruciais na eliminação da doença⁽⁵⁾. Contudo, a perda de pacientes na cascata de cuidados da ILTB é uma barreira importante para o seu manejo^(6,7).

No Brasil, a maioria das perdas no processo de tratamento da TB e ILTB ocorre nos primeiros estágios: identificação e investigação dos contatos^(8,9). Isto indica a Atenção Primária à Saúde (APS) como o caminho estratégico para se aproximar das metas para prevenção da doença e infecção⁽¹⁰⁾.

Experiências de atendimento de ILTB realizado no Canadá e Austrália sugerem que os cuidados e o tratamento podem ser prestados de forma eficaz em um ambiente de APS, usando abordagem integrada centrada no paciente⁽¹¹⁾. O acompanhamento contínuo, juntamente com a educação, a qualidade dos cuidados de saúde e as relações desenvolvidas nesse contexto, podem facilitar a adesão ao tratamento^(12,13).

No entanto, ocorrem lacunas de conhecimento notadamente relacionadas ao manejo da ILTB na APS, incluindo como reconhecê-la e prevenir a progressão para tuberculose ativa por meio do tratamento^(14,15). Nesse sentido, este estudo teve por objetivo analisar as percepções e experiências dos profissionais da APS sobre prevenção da ILTB.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A amostra por conveniência foi constituída por oito profissionais, três médicos e cinco enfermeiros, trabalhadores da APS de três diferentes regiões do Brasil (Centro-Oeste, Sudeste e Sul), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: experiência clínica mínima

de um ano no desenvolvimento de práticas relacionadas à ILTB e vínculo contratual de trabalho permanente com o órgão público de saúde em que atuava no momento da pesquisa. Excluíram-se os trabalhadores que estavam afastados das atividades laborais por condições médicas ou pessoais.

Os dados foram coletados por entrevista coletiva semiestruturada, realizada em espaço privativo em Brasília-DF, na oportunidade de um evento organizado para fins da pesquisa, em março de 2019. A entrevista foi gravada e conduzida por uma pesquisadora enfermeira, mestre em saúde coletiva, e três colaboradoras da área da psicologia, todas com experiência em pesquisa qualitativa. Uma das colaboradoras realizou o registro de conteúdos emergentes das falas e das expressões não verbais dos participantes durante a dinâmica grupal.

Utilizou-se um roteiro para evocações de conteúdos relacionados à experiência profissional com ILTB, estratégias e experiências utilizadas na prevenção e tratamento na APS. Um formulário, contendo características sociodemográficas e ocupacionais dos indivíduos (idade, sexo, tempo de formação e atuação na unidade), foi utilizado para caracterizar a amostra.

A análise de conteúdo foi realizada com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), caracterizada por representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas⁽¹⁶⁾. A partir da análise do material verbal coletado, extraíram-se, de cada um dos depoimentos, as Ideias Centrais (nome ou expressão linguística que revela de maneira sintética e precisa o sentido dos depoimentos) e as Expressões-Chave (trechos curtos que revelam a essência do conteúdo do discurso).

O processo final da técnica do DSC é a elaboração da síntese, ou seja, do discurso único redigido com as ideias centrais e expressões-chave semelhantes, configurando uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva, redigida na primeira pessoa do singular, a “coletividade falando”⁽¹⁷⁾.

O presente estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução CNS nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob n. 3.029.507, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 88226218.0.1001.5060.

RESULTADOS

A maioria dos participantes eram mulheres (n=6). A idade variou de 30 a 45 anos, todos possuíam pós-graduação, sendo seis especialistas, um mestre e um doutor, com tempo médio de trabalho na APS de sete anos e meio. O discurso do sujeito coletivo desses profissionais sobre tratamento e prevenção da ILTB estão representados no Quadro 1.

Quadro 1. Discurso do sujeito coletivo sobre prevenção e tratamento da ILTB na APS.

Discurso Sujeito Coletivo	Expressões-chave	Ideia Central
<p><i>1-“Na atenção primária temos o paciente em situação de rua, é mais importante descartar TB e acompanhar se possível. E ficar prevenindo, administrar o medicamento de forma supervisionada”.</i></p> <p><i>“É, a gente dificilmente faz o tratamento de infecção latente no paciente que a gente não tem uma supervisão maior. A gente não tem perna para supervisionar. Eu só vou saber se ele tomou ou não tomou quando ele vier na próxima consulta.”</i></p> <p><i>“Quando faço orientação de paciente para tomar a isoniazida para prevenir ILTB, eu falo: - É uma vez só ao dia... Não pode beber, tá amigo? Todos os meses ele tem que retirar e toma a dose supervisionada. Pouco provável que ele vá aderir ao tratamento”.</i></p>	<p>Gerenciar tratamento de ILTB junto às pessoas em situação de rua.</p> <p>A gente não tem perna para supervisionar</p>	<p>Experiência e supervisão de tratamento da ILTB para pessoas em situação de vulnerabilidade.</p>
<p><i>2-“A maioria das famílias, eles são muita gente fazendo ILTB. Depende só se a família vai aceitar, vai conseguir fazer. Tem famílias que elas entendem”.</i></p> <p><i>“A gente oferece um tratamento de prevenção com isoniazida durante nove meses e vamos orientar vocês de como tomar a medicação para ajudar toda a família”.</i></p>	<p>Tratamos pai e filha, e... Tratamos ILTB nos outros três irmãozinhos.</p> <p>Estratégia de Saúde da Família acompanha sua comunidade.</p>	<p>Cuidados familiares e a importância da ESF no tratamento da ILTB</p>

<p><i>“Quando a gente tem Estratégia de Saúde da Família consolidada é muito mais fácil você ter uma equipe que acompanha sua comunidade, que sabe dos casos que estão existentes, até de acompanhar os tratamentos, as profilaxias e tudo mais”</i></p>		
<p>3-<i>“Tem época de campanha de prevenção de tuberculose e fazemos também de ILTB. Na campanha, disponibilizamos os pedidos de exame e nós orientamos como é que faz a coleta de escarro. Fazemos sala de espera, agendamos consultas, orientamos, marcamos num horário mais cedo, criamos uma rotina.”</i></p> <p><i>“É só nessa época de campanha que eles lembram da gente, né? Você pode pegar informação no site, mas não tem ali aquela... aquela capacitação que é importante. Por quê? Tem-se os dados, mas não se sabe o que fazer com eles, né?”</i></p>	<p>É só nessa época de campanha que lembram da gente, mas não tem aquela capacitação que é importante, tem-se os dados mas não se sabe o que fazer com eles</p>	<p>Ações de Campanhas de prevenção à ILTB</p>
<p>4-<i>“A gente tá falando de uma rede... a Vigilância tem que se integrar com a Atenção Básica”.</i></p> <p><i>“Eu fiquei com oito casos de reação na minha mão. Sem fluxo... para lugar nenhum. É nessa situação que a gente na Atenção Básica ainda vive, entendeu? Porque nem sempre a gente consegue garantir o atendimento de pacientes que precisam da atenção especializada, né? Então, a gente não tem fluxo, a gente não tem retaguarda... esse é o nosso problema... Então, existe um lapso para a gente em relação a Atenção Básica ao nível secundário... Não temos fluxo e não temos linha de cuidado.</i></p>	<p>Integrar vigilância e APS, a gente não tem fluxo, não tem retaguarda, não tem linha de cuidado</p>	<p>Fragilidade na integração com serviços especializados e ausência de fluxos assistenciais /linha de cuidado</p>

DISCUSSÃO

A APS constitui-se como pedra angular da cobertura universal de saúde⁽¹⁰⁾. Nesse contexto, destaca-se, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como cenário potencial de reconstrução das práticas de saúde, onde o cuidado integral deve ser oferecido à pessoa, inclusive, àquelas com TB e seus familiares⁽¹⁸⁾.

A organização de fluxos e a produção de corresponsabilização entre os serviços e setores também são estratégias de prevenção relevantes nas ações de controle da TB, e requerem conhecimento detalhado, inclusive sobre a epidemiologia tanto da ILTB quanto da TB ativa^(19,20).

O discurso coletivo dos profissionais da APS participantes deste estudo revela a importância desses cenários e estratégias, assim como suas vivências, movimentos e dificuldades na prevenção e tratamento da ILTB. As narrativas que explicam a primeira ideia central revelam que o tema faz parte do cotidiano profissional dos participantes, e que eles estão atentos às suas responsabilidades, limites e desafios.

A prevalência da ILTB e o risco de progressão para TB ativa, assim como a “não adesão” ao tratamento, são maiores na população em situação de rua (PSR) do que na população em geral, devido aos diferentes tipos de vulnerabilidade e condições de vida degradantes^(8,21-23). O DCS evidenciou os desafios dos profissionais frente a essa população, que demanda por negociações e estruturação de uma linha de cuidado.

A expressão “supervisão” no discurso converge para o regime de Tratamento Direto Observado (TDO), estratégia que envolve ações de monitoramento e apoio na adesão ao tratamento, mediante vínculo entre usuário e equipe de saúde⁽²⁴⁾. Lembra-se ainda que o enfrentamento da complexidade das situações envolvendo a PSR requer ações entre os serviços da saúde e outras de cunho intersetorial⁽²⁵⁾.

A segunda ideia central evidencia o cuidado que os profissionais da APS têm para com o paciente e seus familiares. Traz à tona a importância do vínculo e inclusão com as famílias no plano de cuidados, para fortalecimento do controle do agravo⁽¹⁸⁾. A ESF seria protagonista dessa atenção⁽¹⁰⁾, responsável por gerar esse ambiente propício para adesão e continuidade do tratamento.

Por sua vez, desse protagonismo também depende a educação continuada dos profissionais, que indicam a falta de regularidade e reconhecem a necessidade de uma capacitação permanente em seu cotidiano. Como menciona o DSC, essa qualificação é realizada pontualmente por movimentos campanhistas. As campanhas

explicadas na terceira ideia central são relevantes, e devem compreender a necessidade contínua de saber trabalhar com criticidade, traduzindo os dados epidemiológicos para a realidade prática dos profissionais.

Para uma práxis inovadora, a educação permanente revela-se como o melhor caminho⁽²⁶⁾, visto que contribui para a adoção de práticas educativas reflexivas e dialogadas pela ESF.

Por fim, a quarta ideia central evidencia a necessidade de melhor organização e desempenho dos serviços de saúde nas ações de controle da TB. Na concepção da integralidade, um sistema organizado em rede requer dispositivos de referência e contrarreferência articulados⁽²⁷⁾, que garantam os diferentes níveis de atenção e sistemas de apoio para a promoção, manutenção, recuperação e cura da pessoa com TB, por meio de todos os tipos de tecnologias necessárias⁽²⁸⁾.

Portanto, é indicado que as articulações devam ser sistematizadas e registradas para melhor efetividade do programa de TB⁽²⁰⁾. No entanto, percebe-se que os profissionais não têm comunicação adequada com especialistas dos níveis secundários, o que dificulta a continuidade da assistência.

Considerando que o processo de adesão é dinâmico e pode sofrer influência, garantir um bom início de tratamento é o primeiro passo⁽²⁹⁾. Além disso, o olhar sobre o território e o trabalho de forma integrada com a vigilância em saúde na busca de um fluxo de informação e de apoio intersetoriais entre os pontos da rede, assim como o entendimento do processo saúde-doença e os determinantes da doença^(28,30), são questões essenciais para se ampliar o escopo do cuidado ofertado à pessoa com tuberculose,

CONCLUSÃO

O presente estudo avança no conhecimento ao construir o discurso do sujeito coletivo sobre estratégias e experiências dos profissionais da APS em prevenção da ILTB. Os DSC apontam a necessidade de aperfeiçoar a qualidade e gerenciamento da atenção à saúde para prevenção e tratamento da ILTB na APS. Reorganização da assistência, e a capacitação contínua dos profissionais assim como uma rede de saúde integrada, demanda mobilização de recursos e investimentos por parte de gestores para expandir as ações de saúde considerando os condicionantes que agravam o controle da doença, as características da situação de vida e as

necessidades de saúde da população, com destaque para a que está em situação de rua.

As ações de prevenção e tratamento na atenção primária têm efeito potencializador para o enfrentamento a ILTB e são produtoras de entendimento acerca dos contextos de adoecimento e saúde das pessoas e famílias. A educação permanente dos profissionais é necessária e vai ao encontro da reflexão-ação crítica sobre a prática, enriquecendo seu papel educador esperado pela APS.

Destaca-se, ainda, que esforços para o controle da TB/ILTB devem abordar ações específicas para a população vulnerável. Dadas as suas singularidades, identificou-se a importância das linhas de cuidado e de ações intersetoriais para a articulação e efetividade do cuidado em todos os níveis de assistência.

O estudo apresenta limitações quanto ao poder de generalização restrito a seu recorte, quanto ao contexto temporal, ou seja, a dinamicidade com que os protocolos são modificados e recomendados, e, ainda, quanto à abordagem centrada nos aspectos técnicos e operacionais. O recorte realizado não esgota as possibilidades de análises e de discussões sobre prevenção à ILTB, pelo contrário, ampliam-se as ideias para novas investigações sobre o tema que considerem outros níveis de atenção e atores envolvidos, especialmente, a PSR e os familiares da pessoa portadora de TB.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho contou com o apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses para o desenvolvimento do estudo.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem o apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado 2022 nov 14]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
2. Gong W, Wu X. Differential Diagnosis of Latent Tuberculosis Infection and Active Tuberculosis: A Key to a Successful Tuberculosis Control Strategy. *Front. Microbiol.* [Internet]. 2021 [citado 2022 abr 17];12. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.745592>
3. Moreira ASR, Kritski AL, Carvalho ACC. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *J Bras Pneumol.* 2020;46(5):e20200015.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Latent Tuberculosis Infection: A Guide For Primary Health Care Providers [Internet]. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services; 2020 [citado 2023 jan 24]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tb/publications/ltbi/pdf/LTBIbooklet508.pdf>
5. Zellweger JP, Sotgiu G, Corradi M, Durando P. The diagnosis of latent tuberculosis infection (LTBI): currently available tests, future developments, and perspectives to eliminate tuberculosis (TB). *Med Lav.* [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 18 jan] 26;111(3):170-183. Disponível em: <http://doi:10.23749/mdl.v111i3.9983>
6. Barss L, Obeng J, Fregonese F, Oxlade O, Adomako B, Afriyie AO, et al. Solutions to improve the latent tuberculosis Cascade of Care in Ghana: a longitudinal impact assessment. *BMC Infect Dis.* [internet]. 2020 [citado 2022 nov 18];20(1):352. DOI: 10.1186/s12879-020-05060-0
7. James R, Theron G, Cobelens F, Engel, N. Framing the detection of incipient tuberculosis infection: A qualitative study of political prioritisation. *Trop. Med. Int. Health.* [Internet]. 2022 april [citado 2021 out 10];24(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.13734>
8. Trajman, A. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre transmissão e prevenção da tuberculose entre profissionais auxiliares de saúde em três municípios brasileiros de alta carga: um estudo transversal. *BMC Health Services Research.* [internet] 2019 [citado 18 dez 2022];19(532):2. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>

9. Souza AB et al. Determinants of losses in the latent tuberculosis infection cascade of care in Brazil. *BMJ Global Health* [internet] 2021 [citado 2023 15 jan];6(9). Disponível em: [https://doi.org/ 10.1136/bmjgh-2021-005969](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005969)
10. Jesus GS, Pescarini JM, Silva AF, Torrens A, Carvalho WM, Ichihara MY, et al. The effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7.3 million Brazilian people: a quasi-experimental study. *Lancet Glob Health*. [Internet]. 2022 [citado 2022 10 nov];e390-397. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00550-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00550-7)
11. Benjumea-Bedoya D, Becker M, Haworth-Brockma M, Balakumar S, Hiebert K, Lutz JA, et al. Integrated care for Latent Tuberculosis Infection (LTBI) at a primary health care facility for refugees in Winnipeg, Canada: a mixed-methods evaluation. *Front. Public Health* [Internet]. 2019 [citado 2020 dez 15];7:57. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00057>
12. Heyd A, Heffernan C, Storey K, Wild TC, Long R. Treating latent tuberculosis infection (LTBI) with isoniazid and rifapentine (3HP) in an inner-city population with psychosocial barriers to treatment adherence: A qualitative descriptive study. *PLOS Glob Public* [Internet]. 2021 [citado 2022 dez 15];1(12):e0000017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.Pgph.0000017>
13. Kunin M, Timlin M, Lemoh C, Sheffield DA, Russo A, Hazara S, et al. Improving screening and management of latent tuberculosis infection: development and evaluation of latent tuberculosis infection primary care mode. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2022 [citado 2021 jan 10];22(49). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06925-8>
14. Prater C, Holzman S, Shah M. Programmatic Effectiveness of Latent Tuberculosis Care Cascade in a Community Health Center. *J Immigr Minor Health* [Internet] 2021 [citado 2022 dez 04];23:566-573. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01047-w>
15. Alsdurf H, Oxlade O, Adjobimey M, Ahmad Khan F, Bostos M, Bedingfield N, et al. Resource implications of the latent tuberculosis cascade of care: a time and motion study in five countries. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:1-11.
16. Lefevre F. Discurso do sujeito coletivo. *Nossos modos de pensar. Nosso eu coletivo*. São Paulo: Andreoli; 2017. ISBN-10:8560416625
17. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2009 Jul [citado

- 2021 jan 13];14(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>
18. Rodrigues DCS, Annelissa AVO, Séfora LEA, Araújo EMNF, Lopes AMC, Sa LD. O discurso de pessoas acometidas por tuberculose sobre a adesão ao tratamento. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2017 abr [citado 2023 fev 02];23(1):67-76. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000100067&lng=es
 19. Chee CBE, Reves R, Zhang Y, Belknap R. Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology* [Internet]. 2018;23(10):893-900. Doi: 10.1111/resp.13346
 20. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida IN, Oliveira CSF, Haddad JPA, et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado 2021 dez 15];37(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>
 21. von Streit F, Bartels C, Kuczius T, Cassier C, Gardemann J, Schaumburg F. Prevalence of latent tuberculosis in homeless persons: A single-centre cross-sectional study Germany. *PloS One* [Internet]. 2019 Mar 26 [citado 2022 set 14];14(3):e0214556. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214556>
 22. Hino P, Yamamoto TT, Bastos SH, Beraldo AA, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. Tuberculosis in the street population: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [citado 2023 jan 10];55:e03688. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019039603688>
 23. Gioseffi JR, Batista R, Brignol SM. Tuberculose, vulnerabilidades e HIV em pessoas em situação de rua: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2022 [citado 2022 06 dez];56:43. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003964>
 24. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2023 jan 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil.pdf/view>
 25. Hino P, Monroe AA, Takahashi RF, Souza KMJ, Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. Tuberculosis control from the perspective of health professionals working in street

- clinics. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 2022 jan 20];26:e3095. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2691.3095>
26. Rezende WL, Maia LG, Santos SVM, Silva LA. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos usuários: associação com práticas educativas em saúde. Cienc. Enferm. [Internet]. 2022 [citado 2023 fev 02];28:18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-18aaw140018>
27. Cecilio HPM, Figueiredo RM, Marcon SS. Coordenação e elenco de serviços no controle da tuberculose: percepção de enfermeiros e médicos. Cad. Saúde colet. [Internet]. 2018 [citado jan 23];26(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040410>
28. Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 nov 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_tuberculose_orientacoes_gestores_profissionais_saude.pdf
29. Pinto FG, Garcia WMB, Silva Junior RGP, Ferro GB, Costa AG, Zavarise MC, et al. Adherence to tuberculosis treatment in Primary Health Care: favorable and unfavorable factors for this process. Res., Soc. Dev. [Internet]. 2022;11(4). DOI: 10.33448/rsd-v11i4.26962
30. Ministério da Saúde (BR). Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 nov 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-saude-protocolo-de-enfermagem.pdf>

5.3 ARTIGO 3: “CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS (CAP) DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA SOBRE ILTB”

Artigo original

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA

Melina Mafra Toledo*

<https://orcid.org/0000-0002-2727-2933>

Ethel Leonor Noia Maciel**

<https://orcid.org/40000-0003-4826-3355>

Josenaide Engracia dos Santos***

<https://orcid.org/0000-0002-7712-8470>

Thiago Nascimento do Prado****

<https://orcid.org/0000-0001-8132-6288>

Wildo Navegantes Araújo*****

<https://orcid.org/0000-0001-5186-021X>

* Enfermeira. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Doutoranda em Saúde Coletiva.

Melina.toledo@escs.edu.br

** Enfermeira Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil. ethel.maciел@gmail.com

*** Psicóloga. Universidade de Brasília (UnB), Faculdade Ciências da Saúde, Ceilândia. Brasília, Distrito Federal, Brasil. josenaidepsi@gmail.com

**** Enfermeiro. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, Espírito Santo, Brasil. thiagonprado@gmail.com

***** Epidemiologista. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. wildo74@gmail.com

FINANCIAMENTO

O presente trabalho contou com o apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses para o desenvolvimento do estudo.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem o apoio financeiro do Ministério da Saúde do Brasil – Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

RESUMO

Objetivo: Investigar os conhecimentos, atitudes e práticas de trabalhadores da saúde da atenção básica e especializada sobre a prescrição de Isoniazida e o tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb).

Método: Estudo transversal realizado com 17 prescritores do tratamento da ILTB, utilizando a metodologia CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) por meio de questionário semiestruturado. A amostra foi constituída por profissionais de saúde da atenção básica e de unidades de referência de tratamento da TB de cidades brasileiras com alta incidência de tuberculose. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2019 a outubro de 2021, por meio da plataforma RedCAP®.

Resultados: A maioria dos respondentes eram profissionais médicos com experiência profissional maior que três anos, com pós-graduação lato sensu (35,3%) ou stricto sensu (11,8%). A maioria dos participantes (58,8%) atuavam em instituições públicas e relataram (71,4%) não ter participado de treinamento sobre ILTB. Relataram atendimento de casos de ILTB 84,6%, não obstante, 7,1% prescreveram a INH 300mg.

Conclusão: O conhecimento das diretrizes sobre a ILTB e uso de Isoniazida entre os profissionais de saúde prescritores foi satisfatório, apesar de a maioria não ter recebido capacitação sobre a nova posologia. As lacunas de conhecimento estavam notavelmente relacionadas à prescrição da Isoniazida. Os profissionais reconhecem a importância da busca ativa e de investigar os recém-nascidos contactantes de usuário com TB.

Descritores: Tuberculose latente. Isoniazida. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pessoal da saúde.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa comum que está presente em todo o mundo. Estima-se que dois bilhões de pessoas em todo o mundo estão com Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) e 10% delas podem desenvolver a forma ativa devido à reativação do microrganismo causador, o *Mycobacterium tuberculosis*⁽¹⁾. Em 2020 foram notificados, globalmente, 7 milhões de contatos de casos de TB pulmonar confirmados bacteriologicamente, dos quais 3,9 milhões (55%) foram avaliados tanto para infecção por TB quanto para a doença⁽²⁾.

O número de pessoas que receberam tratamento preventivo de TB quadruplicou de 1 milhão, em 2015, para mais de 4 milhões, em 2019^(2,3). Os regimes de tratamento preferenciais para ILTB incluem: três meses de rifapentina mais Isoniazida (INH) uma vez por semana, quatro meses de rifampicina uma vez ao dia, ou três meses de INH mais rifampicina uma vez ao dia. INH administrado uma vez ao dia por seis ou nove meses é uma alternativa que tem sido usada há muito tempo, no entanto, o tempo prolongado do tratamento diminui a adesão⁽⁴⁾. A INH diária é recomendada por nove meses na dose de 5 mg/kg de peso corporal, arredondada para 50 mg ou 100 mg, com um máximo de 300 mg⁽⁵⁾.

Diagnosticar e tratar a ILTB é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como uma estratégia importante para acelerar o declínio da TB global e alcançar a eliminação da TB. Estratégias eficazes de prevenção requerem conhecimento detalhado sobre a epidemiologia tanto da ILTB quanto da TB ativa⁽⁶⁾.

Estudos recentes indicam o fortalecimento da cascata de cuidado de ILTB como um passo importante para atenuar as perdas substanciais no acompanhamento da população com alto risco de desenvolver tuberculose ativa⁽⁷⁻⁹⁾. Todavia, o conhecimento dos profissionais de saúde é insuficiente em relação aos dados epidemiológicos de TB, aos conceitos sobre ILTB e à localização ativa de casos, o que interfere nas práticas de enfrentamento e prevenção da doença⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi investigar os conhecimentos, atitudes e práticas de trabalhadores da saúde prescritores da INH para o tratamento da ILTB. Neste estudo, partiu-se do pressuposto de que o conhecimento, as atitudes e as práticas de prevenção sobre ILTB são dimensões que contribuem e impactam o enfrentamento do agravo.

MÉTODO

Estudo de corte transversal sobre os conhecimentos, as atitudes e práticas (CAP). O desfecho resultante é um resumo descritivo do conteúdo informacional dos dados, organizado de forma a melhor se adequar aos dados. As pesquisas CAP, hoje populares na área da saúde, foram inicialmente aplicados da década de 1950, nas áreas de planejamento familiar e pesquisa populacional, uma das razões para aplicá-la é identificar o conhecimento básico, mitos, equívocos, atitudes, crenças e comportamentos em relação a um tópico específico relacionado à saúde⁽¹¹⁾. Conhecimento é a capacidade de adquirir, reter e usar informações; uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade; atitudes referem-se a inclinações para reagir de certa maneira a certas situações, ver e interpretar eventos de acordo com certas predisposições ou organizar as opiniões em estruturas coerentes e inter-relacionadas; e práticas significam a aplicação de regras e conhecimentos que levam à ação⁽¹²⁾.

Foi aplicado um questionário semiestruturado adaptado à questão de estudo para o grupo prescriptor de INH. Para as perguntas, os participantes escolheram suas respostas a partir das opções fornecidas (Sim/Não, ou Concordo/Discordo/Não sei).

O questionário foi estruturado em três blocos: situação sociodemográfica e dados gerais, conhecimento de prescritores e dispensadores sobre ILTB e prescrição e dispensação de INH na unidade de saúde. Foram realizados testes prévios na aplicação dos questionários com profissionais da atenção básica identificando a necessidade de ajustes para melhor qualidade dos dados após os apontamentos sobre o instrumento. O software REDCap® (*Research electronic Data Capture*) foi utilizado para coleta e gerenciamento dos dados *online*.

O instrumento final foi autoaplicado (enviado por e-mail ou tablet via link) ou aplicado por entrevistador treinado. A primeira seção concentrou-se nas características demográficas e profissionais, incluindo idade, sexo, categoria profissional, experiência profissional e tipo de instituição de atuação. A segunda seção avaliou o conhecimento sobre ILTB. A seção “conhecimentos” incluiu 10 perguntas de múltipla escolha sobre fontes de informação, treinamento, prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à ILTB e INH. Os participantes com pontuação ≥ 6 foram considerados nível de conhecimento satisfatório sobre ILTB e INH. A terceira seção avaliou atitudes em relação à ILTB e INH e a quarta seção, práticas.

A amostra foi constituída por profissionais de saúde da atenção básica e de unidades de referência de tratamento da TB com experiência mínima no manejo da ILTB. O critério de inclusão foi ser profissional de saúde da atenção básica e de unidades de referência envolvidos na prescrição, dispensação e monitoramento do tratamento da ILTB nas unidades de saúde das cidades de Brasília, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Serra e Vitória, escolhidas por conveniência para esta pesquisa.

Os convites para participar do estudo foram enviados pelo grupo de pesquisa da Universidade do Espírito Santo e Ministério da Saúde, por e-mail, entre março e abril de 2019, mediante explicação resumida sobre a pesquisa e seu objetivo. Além disso, os pesquisadores enviaram convites pelas secretarias municipais, com link para acessar o questionário, utilizando uma estratégia de bola de neve para alcançar um grupo mais amplo de profissionais de saúde. O critério de exclusão foi a recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2019 e outubro de 2021, após a assinatura do Termo de Consentimento pelos participantes. O software REDCap[®] foi utilizado para coleta e gerenciamento dos dados *online*. A primeira seção concentrou-se nas características demográficas e profissionais, incluindo idade, sexo, categoria profissional, experiência profissional e tipo de instituição de atuação. A segunda seção avaliou o conhecimento sobre ILTB. A seção “conhecimentos” incluiu perguntas de múltipla escolha sobre fontes de informação, treinamento, prevenção, diagnóstico e tratamento relacionados à ILTB e INH. Os participantes com pontuação ≥ 6 dentre o total de acertos das questões respondidas foram classificados com conhecimento adequado sobre ILTB e INH. A seção “atitudes e práticas” avaliou a prescrição da medicação de ILTB no serviço de saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 17 prescritores. A adesão à pesquisa foi muito baixa em algumas cidades: Vitória (5,9%), Brasília (5,9%), Serra (5,9) diferente de Fortaleza (35,3%) e Curitiba (41,2%). A média de idade dos participantes foi de 40 anos, com idade mínima de 25 anos e máxima de 68 anos e 76,5% da amostra era do sexo feminino e da raça branca (82,4%). A maioria dos respondentes eram profissionais médicos (88,2%) com experiência profissional maior que três anos, com pós-graduação *lato sensu* (35,3%) ou *stricto sensu* (11,8%) Com relação à graduação,

47,1% possuem pós-graduação, e 71,4% relataram não ter participado de treinamento sobre ILTB. Os resultados da seção “conhecimentos” estão sumarizados na Tabela 1, assim como os resultados da seção de “atitudes e práticas” na Tabela 2.

Tabela 1 – Variáveis sobre conhecimentos dos prescritores acerca o uso da INH, Brasil, 2021 (N= 17)

Questões	Concordo		Discordo		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
A busca do sintomático respiratório é principal ação de saúde para interromper a cadeia de transmissão, é realizada quando aparecem sinais tosse e emagrecimento	1	5,9	13	76,5	3	17,6
O recém-nascido coabitantes de caso índice bacilífero não deverá ser vacinado ao nascer. A H é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a PT.	13	76,5	1	5,9	3	17,6
A indicação da INH para ILTB depende de dois fatores: a idade e a probabilidade de ILTB. O risco de adoecimento não interfere na indicação.	4	23,5	10	58,9	3	17,6

Fonte: autoria própria, 2022.

Tabela 2 - Atitude dos prescritores sobre a INH, Brasil, 2021. (N=17)

Questões	Sim N(%)	Não N(%)	Não respondeu (%)
Realizou atendimento ILTB	11 (64,7)	2 (11,8)	4 (23,5)
Já prescreveu INH 100mg	9 (53)	4 (23,5)	4 (23,5)
Já prescreveu INH 300mg	1 (5,9)	13 (76,5)	3 (17,6)
Prescreve INH 100mg no trabalho atual	8 (47)	5 (29,5)	4 (23,5)
Prescreve INH 300mg no trabalho atual	0 (0)	14 (82,4)	3 (17,6)

Fonte: autoria própria, 2022.

DISCUSSÃO

Dentre os prescritores, a categoria médica era de 88,2% e enfermagem 11%. Observa-se que o sexo feminino foi mais frequente em ambas as categorias de profissionais, principalmente o aumento da participação feminina na medicina. Destaca-se que a idade média dos profissionais foi de 49 anos. O percentual de 82,4% de profissionais, em sua maioria médicos, se autodeclarou branco em consonância com o Censo Demográfico em 2020.

O perfil racial branco e masculino como norma corporal, moral e simbólica para o exercício médico no Brasil é acompanhado, ainda, da manutenção do predomínio de profissionais autodeclarados brancos na área. Entretanto, a prevalência racial branca mostra-se persistente, em contraste com as transformações de gênero na profissão⁽¹³⁾.

Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados não receberam capacitação treinamento em ILTB/INH. A capacitação tem um papel importante na melhoria do conhecimento entre os profissionais de saúde. O conhecimento nesse contexto refere-se à capacidade de perceber, adquirir e reter informações a serem utilizadas na resolução de problemas⁽¹⁴⁾. Capacitar significa garantir a utilização das habilidades de um profissional e, dessa forma, potencializar seu conhecimento para lidar com situações relacionadas ao tratamento de ILTB. Porém, os prescritores em sua maior parte (71,4%) não receberam capacitação formal sobre ILTB e prescrição INH. Infelizmente, muitas vezes, as capacitações ocorrem esporadicamente nos serviços e na maioria das vezes ocorre juntamente com o trabalho, o que resulta na ausência de disponibilidade de tempo e motivação para a realização dessa atividade.

Sobre o tempo de experiência profissional na prescrição de INH, o percentual com menos de três anos de uso corresponde a 58,8% e mais de três anos corresponde a 41,2%. A terapia com INH é recomendada como parte de uma estratégia abrangente de tratamento, usada como profilaxia para reduzir a incidência de tuberculose⁽¹⁵⁾. Já sua implementação tem sido influenciada por diversos fatores, como conhecimento dos prescritores sobre a nova posologia, não adesão do paciente, alta carga de comprimidos e falta de treinamento. Todavia, a experiência clínica de, no mínimo, três anos é considerada preditor positivo ao inferir-se que há conhecimento e prática em relação ao manejo do agravo.

No que diz respeito ao conhecimento do uso de INH para recém-nascidos, os profissionais apresentaram, de modo geral, um percentual mais elevado de concordância. Esse resultado pode estar relacionado à própria formação desse profissional, pois os profissionais de saúde, principalmente médicos, têm sua formação centrada na doença, na especialização, no ambiente hospitalar e no uso de tecnologias que valorizam as questões técnicas, e o tratamento de recém-nascidos passa por essas questões⁽¹⁶⁾. As crianças são altamente vulneráveis à TB e apresentam particularidades específicas quanto ao desenvolvimento da doença, além disso, a ocorrência de TB em crianças está intimamente relacionada à prevalência de

TB entre os adultos⁽¹⁷⁾. A profilaxia com INH reduziu significativamente (70%) a incidência de TB que viviam em uma área com alta prevalência⁽¹⁸⁾.

Os profissionais de saúde (84,6%) relataram atendimento de casos de ILTB. No entanto, houve uma disparidade nas respostas dos profissionais de saúde quanto a prescrição de INH 100 mg e 300 mg. Os comprimidos de 100 mg foram mais prescritos pelos profissionais, provavelmente porque no Brasil, até junho de 2018, o fármaco era distribuído em comprimidos de 100 mg com recomendação de tomada de três comprimidos ao longo do dia⁽¹⁹⁾.

Enquanto o comprimido de 300 mg parece foi menos prescrito pelos profissionais no uso cotidiano, é importante ressaltar que a INH 300 mg em dose única começou a ser distribuída no país em julho⁽¹⁹⁾ e, de acordo com o Programa Nacional Controle da Tuberculose, este medicamento pode ser um aliado pois a redução no número diário de comprimidos contribui para a maior adesão ao tratamento além de otimizar as atividades de Assistência Farmacêutica em todos os níveis federativos com a distribuição/dispensação/controle de um volume menor de medicamento.

Não obstante, a INH 300 mg é pouco utilizada pelos profissionais prescritores. Estudos na literatura internacional comprovam a eficácia do uso da INH de 300 mg no tratamento da ILTB⁽²⁰⁾, e otimização das atividades de assistência farmacêutica em todos os níveis federativos com a distribuição/dispensação/controle de um volume menor de medicamento⁽²¹⁾.

A possibilidade de erros de dispensação de comprimidos é uma das dificuldades que se pode inferir para os profissionais não aderirem à INH 300 mg, porém, não se sabe como está sendo a repercussão na introdução da medicação nos serviços e entre os usuários.

A capacitação regular pode evitar que erros de administração aconteçam no serviço entre os profissionais prescritores. Porém, mesmo havendo a dispensação do medicamento correto, com a dose adequada e fornecimento de orientações, a utilização correta ainda é responsabilidade dos pacientes, o que gera necessidade de estudos para compreender os fatores influenciadores na adesão sob a perspectiva dos usuários.

O presente estudo avança no conhecimento ao buscar compreender o novo protocolo de tratamento com a INH na perspectiva de profissionais prescritores. O estudo apresenta limitações quanto ao poder de generalização restrito a seu recorte e quanto ao contexto temporal. As medições basearam-se no autorrelato (respostas)

dos profissionais de saúde. A amostra reduzida de profissionais respondentes à pesquisa deveu-se ao fato de atravessarmos a pandemia Covid-19 durante a coleta, os profissionais de saúde foram convocados a atender nacionalmente as emergências da demanda sanitária.

Estudos relacionados aos modelos de gestão, ao processo de construção e operacionalização dos protocolos assistenciais bem como as avaliações subjetivas do trabalho em saúde, não explorada neste estudo, podem trazer mais luz a esse tema.

CONCLUSÃO

O conhecimento das diretrizes sobre a ILTB e uso de INH entre os profissionais de saúde prescritores foi satisfatório. A terapia com INH pelos profissionais de saúde é fundamentada nas diretrizes do Ministério da Saúde desde junho de 2018, no entanto, a introdução da nova tecnologia, INH 300 mg, não faz parte da prática dos profissionais que ainda não a prescrevem. Fica em evidência a necessidade de capacitar dialogicamente os profissionais mediante a dinamicidade com que os protocolos são modificados e recomendados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: World Health Organization; 2018 [internet] [acesso 2020 Fev 04]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/digital/global-tuberculosis-report-2021/covid-19>
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2021. [internet] Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso 2022 Jan 14]. Disponível em <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>
3. Harding E. WHO global progress report on tuberculosis elimination. Lancet Respir Med. [internet] 2019 Jan [acesso 2020 Jun 25];8(1):19. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30418-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30418-7)
4. Shah M, Dorman SE. Latent Tuberculosis Infection. N Engl J Med. 2021 Dec 9;385(24):2271-2280. doi: 10.1056/NEJMcp2108501.

5. Macaraig MM, Jalees M, Lam C, Burzynski J. Improved treatment completion with shorter treatment regimens for latent tuberculous infection. *Int j tuberc lung dis.* 2018 nov 1;22(11):1344-1349. doi: 10.5588/ijtld.18.0035.
6. Chee CBE, Randall Reves R, Zhang Y. Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology.* 2018;23:893-900. doi: 10.1111/resp.13346.
7. Alsdurf H, Menzies D. Identifying gaps in the quality of latent tuberculosis infection care. *J. Clin. Tuberc.,* 2020;18:100-142. doi: 10.1016/j.jctube.2020.100142
8. O'Connell J, Oguntuase J, Li B, McNally C, Stanistreet D, McConkey S, de Barra E. Evaluating the Quality of Latent Tuberculosis Infection Screening in Ireland: A Single-Centre Retrospective Cohort Study. *Trop. Med. Infect. Dis.* 2022;7(2):19. doi: 10.3390/tropicalmed7020019
9. Souza AB, Arriaga MB, Amorim G. et al. Determinantes das perdas na cascata de atenção à infecção latente por tuberculose no Brasil *BMJ Global Health* 2021;6:e005969. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005969
10. Ramos J, Wakoff-Pereira MF, Cordeiro-Santos M, Albuquerque MFM, Hill PC, Menzies D, et al. Conhecimento e percepção de médicos e enfermeiros em três capitais brasileiras com alta incidência de tuberculose a respeito da transmissão e prevenção da doença. *J Bras Pneumol.* 2018 [acesso 2020 Jun 23]; 44(2):168-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562018000000019>
11. Andrade C, Menon V, Ameen S, Kumar Praharaj S. Projetando e Conduzindo Conhecimento, Atitude e Pesquisas Práticas em Psiquiatria: Orientação Prática. *Jornal Indiano de Medicina Psicológica.* 2020;42(5):478-481. doi: 10.1177/0253717620946111
12. Kaliyaperumal K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *Community Ophthalmology* 2004;4(1):7-9.
13. Castro R. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. *Rev Antrop Thu,* 2022. doi: 10.11606/1678-9857.ra.2022.192796
14. Souza TP, Lobão WM, Santos CAST, Almeida MCC, Duarte E. Fatores associados à aceitação da vacina influenza entre trabalhadores de saúde: Conhecimento, atitude e prática. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* 2018.
15. Akamike IC, Okedo-Alex IN, Uneke CJ, Madubueze UC, Agbo UN, Okeke IM, Ogbonnaya LU. Health workers' knowledge and practice of Isoniazid preventive

- treatment guidelines in health facilities in Ebonyi State, Nigeria. *Malawi Med J.* 2022 Sep;34(3):184-191. doi: 10.4314/mmj.v34i3.7
16. Cordeiro H. et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis* 2009;19(3): 695-710.
 17. Carvalho ACC, Cardoso CAA, Martire TM, Migliori GB, Sant'Anna CC. Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. *J bras pneumol* [Internet]. 2018 Mar [acesso 2022 Mar 12];44(2):134–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000461>
 18. Zar HJ, Cotton MF, Strauss S, Karpakis J, Hussey G, Schaaf HS, et al. Effect of isoniazid prophylaxis on mortality and incidence of tuberculosis in children with HIV: randomised controlled trial. *BMJ.* 2007;334(7585):136.
 19. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Farmanguinhos. Nova concentração de isoniazida no país. 2018 [acesso 2021 Fev 20]. Disponível em: <http://www.far.fiocruz.br/2018/07/nova-concentracao-de-isoniazida-no-pais/>
 20. Sun H-Y et al. Twelve-dose weekly rifapentine plus isoniazid for latent tuberculosis infection: A multicentre randomised controlled trial in Taiwan. *Tuberculosis* 2018;111:121-126. doi: 10.1016/j.tube.2018.05.013
 21. Ministério da Saúde (Brasil). Isoniazida utilizada para o tratamento da tuberculose (TB): comprimido de 300 mg. Brasília: CONITEC; 2018 [acesso 2021 Jan 31]. Relatório de recomendações n. 370. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_INH300_InfecaoLatente_MycobacteriumTuberculosis.pdf

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Discurso coletivo: conhecimento, atitudes e práticas frente à infecção latente da tuberculose (ILTb) e o tratamento com isoniazida 300 mg, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Maciel ELN, Araujo WN

Coleta de dados: Toledo MM, Santos JE

Análise e interpretação dos dados: Toledo MM, Santos JE

Discussão dos resultados: Toledo MM, Santos JE, THIAGO

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Toledo MM, Santos JE, THIAGO

Revisão e aprovação final da versão final: Toledo MM, Santos JE, THIAGO

FINANCIAMENTO

Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Mandato nº 25000.060989/2018-79 -CGPNCT/DEVIT/SVS/MS TED 47/2018

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, Parecer n. 3.029.507 Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 88226218.0.1001.5060

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses para o desenvolvimento do estudo.

AUTOR CORRESPONDENTE

Melina Mafra Toledo

melina.toledo@escs.edu.br

6 CONCLUSÃO

O estudo é relevante por se tratar de um problema de saúde ao interromper a cadeia de transmissão da TB. Sua originalidade refere-se à análise da temática da ILTB sobre nova tecnologia farmacêutica (INH 300 mg), considerando a perspectiva dos profissionais de saúde e gestores, o que favorece a referência para outros estudos.

A principal contribuição do estudo para a área em que se insere é a de que os contextos material e econômico atrelam-se aos valores de ordem simbólica e social. Assim, as possibilidades de mudanças se relacionam com as estruturas dos serviços de saúde, tanto quanto ao conhecimento técnico e aos conceitos sobre a ILTB no que se diz respeito a nova prescrição para os profissionais que lidam com o paciente.

Reconhece-se que este estudo possui limitações. A primeira delas diz respeito à possibilidade de os resultados não serem amplamente generalizáveis, por terem sido produzidos mediante o contexto da pandemia com uma amostra reduzida. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional (*Public Health Emergency of International Concern – PHEIC*), o mais alto nível de emergência devido à disseminação de Covid-19 em diversos países.

O Brasil criou uma força tarefa para lidar com situações de uma doença até desconhecida. Os profissionais da saúde foram convocados para a linha de frente da assistência e pesquisa. O distanciamento social se tornou a medida mais indicada por autoridades sanitárias. Durante a pandemia, ainda em curso, diversas reflexões foram apresentadas pela comunidade científica, acerca dos impactos até agora sentidos e das consequências que ainda podem surgir.

A primeira etapa, o trabalho de campo, foi realizada no ano de 2019 com organização de material de pesquisa, condução, transcrição e análise da entrevista coletiva. Contudo, no ano de 2020, as mudanças sociais e educacionais advindas do período pandêmico retardaram o seguimento das fases do estudo, o que dificultou a segunda etapa, que é a resposta a um conjunto de questões que se propôs identificar sobre o que os profissionais sabem, pensam e como atuam em relação a ILTB e INH 300 mg.

A limitação foi ampliada por ser um trabalho multicêntrico, uma vez que os profissionais de saúde foram convocados a atender nacionalmente as emergências

da demanda sanitária da Covid-19 (inclusive a pós-graduanda). A dificuldade em coletar amostra CAP estava fora de governabilidade dos pesquisadores e fragilizou concretamente as dimensões do inquérito e sua correlação com os conceitos apresentados sobre ILTB, INH 300 mg na pesquisa qualitativa. Ademais, a emergência sanitária interferiu no cenário acadêmico, que teve as publicações direcionadas prioritariamente ao tema Covid-19. Outro desafio enfrentado no ano de 2020 e 2021 está relacionado à existência do viés de resposta, pois as variáveis relacionadas ao tratamento de ILTB foram oriundas das perguntas autorrespondidas pelos participantes, que poderiam consultar previamente material de suporte.

A partir dos achados aqui sistematizados, identificou-se que os desafios no enfrentamento da TB dependem de intervenções técnicas, políticas e estruturais. Destaca-se, também, que essas intervenções precisam levar em consideração a multideterminação da TB, as deficiências existentes nas dimensões social, programática e estrutural sobre a doença e as barreiras que impactam na sua eliminação.

Os resultados deste estudo, em conjunto com os trabalhos referenciados, demonstram a necessidade de algumas recomendações necessárias ao aperfeiçoamento da vigilância da TB Latente. Em níveis de gestão federal, estadual, regional e municipal, cabe ponderar sobre seu poder de atuação e a aplicabilidade das seguintes recomendações:

- manter o enfrentamento da TB/ILTB na agenda política;
- divulgar com periodicidade os dados sobre a vigilância da TB de forma simplificada e acessível para todos os trabalhadores que lidam com o agravo;
- sensibilizar os gestores municipais e estaduais sobre a necessidade de uma infraestrutura de saúde (recursos humanos e materiais) para efetivamente realizar a vigilância;
- incentivar a capacitação dos profissionais envolvidos no processo de vigilância da TB, disponível na Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) <https://www.unasus.gov.br/noticia/matriculas-abertas-para-os-cursos-sobre-tuberculose>;
- capacitar os profissionais de saúde no desenvolvimento das atividades de vigilância, com enfoque especial na melhora da qualidade da inserção dos

dados; identificação de fragilidades na captação, e para acompanhamento/encerramento do tratamento;

- incentivar e possibilitar a participação da comunidade nas ações de vigilância, considerando que informação é empoderamento;
- firmar parcerias intersetoriais com o Ministério da Justiça e o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário e grupos organizados da sociedade que atuam no mesmo cenário, para desenvolvimento de ações conjuntas, principalmente para as populações vulneráveis;
- contribuir e incentivar pesquisas para inovação de tecnologias para prevenção, diagnóstico e tratamento.

A TB continua sendo um grande problema de saúde pública.

Implementar uma política nacional clara e com direcionamento direto, além do fornecimento de informações de saúde pública e evidências atualizadas sobre o agravo da TB e situação de casos de ILTB, pode aumentar a compreensão dos profissionais de saúde sobre os benefícios e riscos do tratamento da ILTB. O correto manejo da ILTB é um elemento crucial para a eliminação da TB e tem sido demonstrada sua necessidade em muitos modelos epidemiológicos: sem o tratamento da ILTB, a TB não será controlada no futuro próximo e permanecerá, portanto, como um gigante adormecido!

REFERÊNCIAS

ALSDURF, H. *et al.* A cascata de cuidados no diagnóstico e tratamento da infecção latente da tuberculose: revisão sistemática e meta-análise. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 16, n. 11, p. 1269-1278, 2016.

BARSS, L. *et al.* Soluções para melhorar o Cascade of Care da tuberculose latente em Gana: uma avaliação de impacto longitudinal. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 20, n. 1, p. 352, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05060-0>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 09, volume 50**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Tuberculose - 2021** (Número Especial). Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Isoniazida utilizada para o tratamento da tuberculose (TB): comprimido de 300 mg**. Brasília: CONITEC, 2018a. (Relatório de recomendações n. 370). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_INH300_InfecaoLatente_MycobacteriumTuberculosis.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 364 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Portaria nº 19, de 12 de junho de 2020. Dispõe sobre a incorporação da rifapentina + isoniazida para o tratamento da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTb), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 112, p. 143, 15 jun. 2020b.

BRASIL. Portaria nº 32, de 28 de agosto de 2018. Torna pública a decisão de incorporar a isoniazida 300 mg para a infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 167, p. 36-37, 20 ago. 2018b.

BRITES, D.; GAGNEUX, S. Co-evolution of *Mycobacterium tuberculosis* and *Homo sapiens*. **Immunological Reviews**, Copenhagen, v. 264, n. 1, 2015 . DOI: <https://doi.org/10.1111/imr.12264>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Latent Tuberculosis Infection: A Guide For Primary Health**. Atlanta, Georgia: CDC, Division of Tuberculosis Elimination, 2020.

CHAW, L. *et al.* Global trends and gaps in research related to latent tuberculosis infection. **BMC Saúde Pública** [s. l.], v. 20, n. 352, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8419-0>

CHEE, C. B. E. *et al.* Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. **Respirology**, Carlton, v. 23, n. 10, p. 893-900, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/resp.13346>

COMÍN, J. *et al.* Analysis of the twenty-six largest outbreaks of tuberculosis in Aragon using whole-genome sequencing for surveillance purposes. **Scientific Reports**, Reino Unido, v. 12, n. 18766, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23343-1>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun 2013.

COUVIN, D. *et al.* Macro-geographical specificities of the prevailing tuberculosis epidemic as seen through SITVIT2, an updated version of the *Mycobacterium tuberculosis* genotyping database. **Infection, genetics and evolution: journal of molecular epidemiology and evolutionary genetics in infectious diseases**, Amsterdam, New York, v. 72, p. 31-43, 2019. DOI: 10.1016/j.meegid.2018.12.030

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos (Métodos de Pesquisa)**. Tradução Magda França. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DOORENBOS, A. Z. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: uma visão geral e exemplos práticos. **Kango kenkyu. Japanese journal of Nurs Research**, Tokyo, v. 47, n. 3, p. 207-217, 2014.

DRAIN, P. K. *et al.* Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection. **Clinical microbiology reviews**, [Washington, DC], v. 31, n. 4, p. e00021-18, 2018. DOI: 10.1128/CMR.00021

DYE, C. *et al.* Prospects for tuberculosis elimination. **Annual review of public health**, Palo Alto, v. 34, p. 271-286, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114431>

FERREIRA JÚNIOR, S.; OLIVEIRA, H. B. de; MARIN-LÉON, L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 100-113, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100010>

HALEY, C. A. Treatment of latent tuberculosis infection. **Microbiology Spectrum**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1128/microbiolspecTNMI7-0039-2016>

HARDING, E. WHO global progress report on tuberculosis elimination. **The Lancet Respiratory Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 19, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30418-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30418-7)

HAAS, M. K.; BELKNAP, R. W. Diagnostic Tests for Latent Tuberculosis Infection. **Clinics in chest medicine**, Philadelphia, v. 40, n. 4, p. 829-837, 2019. DOI: 10.1016/j.ccm.2019.07.007

HOUBEN, R. M.; DODD, P. J. The global burden of latent tuberculosis infection: a re-estimation using mathematical modelling. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 13, n. 10, e1002152, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002152>

HSIEH, Y. L. *et al.* Evaluation of 6-Month Versus Continuous Isoniazid Preventive Therapy for Mycobacterium tuberculosis in Adults Living With HIV/AIDS in Malawi. **Journal of acquired immune deficiency syndromes: JAIDS**, Hagerstown, v. 85, n. 5, p. 643-650, 2020. DOI: 10.1097/QAI.0000000000002497

HUANG, Y. *et al.* Review and Updates on the Diagnosis of Tuberculosis. **Journal of clinical medicine**, Basel, v. 11, n. 19, p. 5826, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm1119582>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 13 ago. 2022.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Tradução L. Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001 (Trabalho original publicado em 1989). p. 17-44.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **AECS Illumination**, [s. l.], v. IV, n.1, p. 7-9, 2004.

KODAMAN, N *et al.* Disrupted human-pathogen co-evolution: a model for disease. **Frontiers in genetics**, Lausanne, v. 5, n. 290. 2014. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgene.2014.00290>

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-

CADRHU”, São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.2, p. 68-75, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200007>

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e soluções comunicativas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n.2, p. 502-507, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo e o resgate das coletividades opinantes**. São Paulo: IPDSC, 2012. Disponível em: <http://www.ipdsc.com.br/scp/showcat.php?id=8>. Acesso em: 12 set. 2019.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1193-1204, 2009.

GONG, W.; WU, X. Differential Diagnosis of Latent Tuberculosis Infection and Active Tuberculosis: A Key to a Successful Tuberculosis Control Strategy. **Frontiers in microbiology**, Lausanne, v. 12, p. 745592, 2021. [10.3389/fmicb.2021.745592](https://doi.org/10.3389/fmicb.2021.745592)

LI, R. *et al.* Two Clinical Prediction Tools to Improve Tuberculosis Contact Investigation. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, Chicago, v. 71, n. 8, p. e338-e350, 2020. [10.1093/cid/ciz1221](https://doi.org/10.1093/cid/ciz1221)

LOPES, D. M. de A; PINHEIRO, V. G. F.; MONTEIRO, H. S. A. Impacto do diagnóstico e tratamento de tuberculose latente em pacientes submetidos à terapia imunobiológica: experiência de quatro anos em área endêmica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 45, n. 6, e20180225, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180225>

MAIA, J. L. B. *et al.* Fatores associados a erros de dispensação de medicamentos: contribuição à melhoria de sistemas de medicação. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e44633, 2019. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.44633>

MARQUES, M., Ruffino-Netto, A., Marques, A. M. C., Andrade, S. M. O. de . Silva, B. A. K. da ., & Pontes, E. R. J. C.. Magnitude da tuberculose pulmonar na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia. **Cadernos De Saúde Pública**, 30(12), 2631–2642,2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191513>

MATTEELLI, A. *et al.* Tuberculosis elimination: where are we now? **European Respiratory Review**, [s. l.], v. 27, p. 1800352018. DOI: 10.1183/16000617.0035-2018

MENZIES, D. *et al.* Four Months of Rifampin or Nine Months of Isoniazid for Latent Tuberculosis in Adults. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 379, n. 5, 440-453, 2018. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1714283>

METUSHI, I.; UETRECHT, J.; PHILLIPS, E. Mecanismo de hepatotoxicidade induzida por isoniazida: antes e agora. **The British Journal of Clinical Pharmacology**, [s. l.], v. 81, n. 6, p. 1030-1036, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.12885>

MIN, J. *et al.* Latent Tuberculosis Cascade of Care Among Healthcare Workers: A Nationwide Cohort Analysis in Korea Between 2017 and 2018. **Journal of Korean medical Science**, Seoul, v. 37, n. 20, p. e164, 2022, DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e164>

MORIN, E. Por uma Reforma do Pensamento. *In*: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. (orgs.). **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 21-34.

MWABA, P. *et al.* Advancing new diagnostic tests for latent tuberculosis infection due to multidrug-resistant strains of Mycobacterium tuberculosis - End of the road? **International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases**, Hamilton, v. 92S, p. S69-S71, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.011>.

NGO, C. Q. *et al.* Dificuldades no controle da infecção por tuberculose em um hospital geral do Vietnã: uma pesquisa de conhecimento, atitude e prática e triagem para infecção por tuberculose latente entre profissionais de saúde. **BMC Infectious Diseases**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 951, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4593-z>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – BRASIL. **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3** - Saúde e Bem-Estar: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Brasília, DF: ONU Brasil, [2020?]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 26 out. 2021.

RAHLWES, K. C. *et al.* Pathogenicity and virulence of Mycobacterium tuberculosis. **Virulence**, Austin, v. 14, n. 1, p. 2150449, 2023. DOI: 10.1080/21505594.2022.2150449

RAMOS, J. A. *et al.* Conhecimento e percepção de médicos e enfermeiros em três capitais brasileiras com alta incidência de tuberculose a respeito da transmissão e prevenção da doença. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 168-170, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1806-3756201800000019>

ROSS, J. M. *et al.* Isoniazid preventive therapy plus antiretroviral therapy for the prevention of tuberculosis: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. **The Lancet HIV**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. e8-e15, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30299-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30299-X)

SALAME, F. M. *et al.* Knowledge about tuberculosis transmission and prevention and perceptions of health service utilization among index cases and contacts in Brazil: Understanding losses in the latent tuberculosis cascade of care. **PLoS One**, [s. l.], v. 12, n. 9, e0184061, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184061>

SAMPIERI, R. H, COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 130-187.

SCHOEPP, K. *et al.* A two-years' survey on the prevalence of tuberculosis caused by *Mycobacterium caprae* in red deer (*Cervus elaphus*) in the Tyrol, Austria. **ISRN veterinary science**, Cairo, v. 2012, n. 245138, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/245138>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Informativos Epidemiológicos**: Situação epidemiológica da tuberculose no Distrito Federal, no período de 2011 a 2020. Brasília; SES-DF, Ano 08 nº 2, fev. 2021. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/informativos-epidemiologicos-tuberculose/>. Acesso em: 12 maio 2021.

SILVA, D. R. *et al.* Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. e20210044, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210044>

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **Tuberculose** [Internet]. Brasília: Sinan, 8 mar. 2016. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>. Acesso em: 12 maio 2021.

SMALL, P. M. *et al.* The epidemiology of tuberculosis in san francisco: A population-based study using conventional and molecular methods. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 330, n. 24, p. 1703-1709, 1994. DOI: 10.1056/NEJM199406163302402

SMITH, N. H. *et al.* *Mycobacterium microti*: more diverse than previously thought. **Journal of clinical microbiology**, Washington, v. 47, n. 8 p. 2551-2559, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1128/JCM.00638-09>

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro, 2013.

SUN, H-Y *et al.* Twelve-dose weekly rifapentine plus isoniazid for latent tuberculosis infection: A multicentre randomised controlled trial in Taiwan. **Tuberculosis**, Edinburgh, New York v. 111, p. 121-126, 2018. DOI: 10.1016/j.tube.2018.05.013

TASHAKKORI, A.; CRESWELL, J. A nova era de métodos mistos. **Journal of Mixed Methods Research**, [s. l.], v. 1, p. 3-7, 2007.

TEDLA, Z. *et al.* Isoniazid-associated hepatitis in adults infected with HIV receiving 36 months of isoniazid prophylaxis in Botswana. **Chest**, Chicago, v. 147, n. 5, p. 1376-1384, 2015. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0215>

TRAJMAN, A. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas sobre transmissão e prevenção da tuberculose entre profissionais auxiliares de saúde em três municípios brasileiros de alta carga: um estudo transversal. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 532, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>

TRAJMAN, A.; SARACENI, V.; DUROVNI, B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00030318, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00030318>

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. From The American People. **The KAP Survey Model** (Knowledge, Attitudes & Practices). Washington: USAID, 2011. Disponível em: <https://www.spring-nutrition.org/publications/tool-summaries/kap-survey-model-knowledge-attitudes-and-practices>. Acesso em: 12 jun. 2021.

VERZA, M. *et al.* Genomic epidemiology of *Mycobacterium tuberculosis* in Santa Catarina, Southern Brazil. **Scientific reports**, London, v. 10, n. 1, p. 12891, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-69755-9>

VERNON, A. Treatment of latent tuberculosis infection. **Seminars in respiratory and critical care medicine**, New York, v. 34, n. 1, p. 67-86, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1333544>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control**: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. Geneva: WHO/HTM/STB, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em: 30 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021** [internet] Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>. Acesso em: 14 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2022** [Internet]. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>. Acesso em: 14 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the End TB Strategy**: The essentials [Internet]. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/en/. Acesso em: 4 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management**. Geneva: WHO, 2018a. 74 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260233/9789241550239-eng.pdf;jsessionid=900DA2BF6F545BAB340C8A59B9827121?sequence=1>. Acesso em: 15 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm**. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>. Acesso em: 20 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Treatment guidelines for isoniazid-resistant tuberculosis**: supplement to the WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. Geneva: WHO, 2018c. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260494/9789241550079-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 abr. 2020.

YANES-LANE, M. *et al.* Efeitos das intervenções programáticas para melhorar o manejo da tuberculose latente: um estudo de acompanhamento até cinco meses após a implementação. **BMC Saúde Pública**, [s. l.], v. 21, n. 177, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10195-z>

ZELLWEGER, J. P. *et al.* The diagnosis of latent tuberculosis infection (LTBI): currently available tests, future developments, and perspectives to eliminate tuberculosis (TB). **La Medicina del lavoro**, Milano, v. 111, n. 3, p. 170-183, 2020. <http://doi:10.23749/mdl.v111i3.9983>. Acesso em: 18 jan. 2022.

APÊNDICE A – CÓPIA DA PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO PUBLICADO

Artigo Original



DISCURSOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE E USO DE ISONIAZIDA

Melina Maíra Toledo¹ ●
 Ethel Leonor Nôia Maciel² ●
 Wildo Navegantes de Araújo³ ●
 Josevalde Engracia dos Santos⁴ ●
 Rozemere Cardoso de Souza⁵ ●

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

³Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Campus Ceilândia, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁴Universidade de Brasília, Faculdade Ciências da Saúde, Campus Ceilândia, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁵Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, Ilhéus, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o pensar e o agir coletivo de trabalhadores da saúde em relação à infecção Latente por Tuberculose e ao uso da Isoniazida no enfrentamento da doença.

Método: estudo qualitativo com 22 profissionais de saúde de quatro cidades do Brasil e do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu mediante realização de entrevista coletiva semiestruturada, em março de 2019, com duração média de uma hora e trinta minutos. Realizou-se análise de conteúdo pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: os discursos dos profissionais revelaram incertezas relacionadas à prevenção e ao tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, ao "medo de errar" e formas inadequadas de uso da Isoniazida 300 mg, ao poder da decisão sobre o tratamento da Infecção Latente por Tuberculose, às dificuldades de integração entre os serviços e à organização de fluxos assistenciais.

Conclusão: embora a ênfase no discurso dos profissionais considere aspectos objetivos no manejo da Infecção Latente por Tuberculose, foram identificadas, dentre outras, manifestações subjetivas relacionadas à necessidade de trabalhar os receios que afetam a decisão sobre o tratamento e os possíveis erros de medicação, e de pensar esse processo de forma colaborativa, que considere autonomia no agir, tanto dos profissionais quanto da pessoa com Infecção Latente por Tuberculose.

DESCRIPTORIOS: Tuberculose latente. Tuberculose. Isoniazida. Pessoal da saúde. Cooperação. Adesão ao tratamento medicamentoso.

COMO CITAR: Toledo MM, Maciel ELN, Araújo WN, Santos JE, Souza RC. Discursos de profissionais de saúde sobre infecção latente por Tuberculose e uso de Isoniazida. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso MES ANO DIA]; 31:e20220241. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0241pt>



APÊNDICE B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO SEGUNDO ARTIGO

Clencia y Enfermería Tarefas 0 Português (Brasil) Ver o Site melina

Submeter um artigo

1. Início 2. Transferência do manuscrito 3. Inserir metadados 4. Confirmação 5. Próximos Passos

Submissão completa

Obrigado pelo seu interesse em publicar com Ciencia y Enfermería.

O que acontece a seguir?

O periódico foi notificado de sua submissão e um e-mail de confirmação foi enviado para seu registro. Assim que um dos editores revisar sua submissão entrará em contato.

Por enquanto, você pode:

Pesquisar no e-mail

Ausente

1 de 19

Dra. Sara Mendoza Parra <smendoza@udec.cl>
para mim

MELINA MAFRA TOLEDO:

Obrigado por submeter o manuscrito, "TUBERCULOSE LATENTE: ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS DE PREVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" ao periódico Ciencia y Enfermería. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/authorDashboard/submission/10457>
Usuário: melina

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Dra. Sara Mendoza Parra

Ciencia y Enfermería
<https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria>

APÊNDICE C – COMPROVANTE DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO EM ANAIS DE CONGRESSO

CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO 2020


O comitê do evento IX Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde concede a

Melina Mafra Toledo

este certificado em reconhecimento à publicação de seu trabalho intitulado

INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE: MODOS COLETIVOS DE PENSAR E AGIR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Autoria: Melina Mafra Toledo; Josenaide Engracia dos Santos; Wildo Navegantes de Araújo. Publicado no evento IX Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde de 04/nov a 07/nov de 2020 e registrado no ISSN 2317-0441



Comitê organizador
André Ribeiro da Silva



29f144a0-3cb1-4722-9c36-9abf38f4c72e

Controle de Autenticidade

APÊNDICE D – QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTAS COLETIVAS

OBJETIVOS	PERGUNTAS NORTEADORAS
<p>1-Explorar como os profissionais de saúde percebem a infecção latente da tuberculose e a utilização da Isoniazida 300 mg.</p>	<p>**Como tem sido a experiência no manejo da ILTB?</p>
<p>2- Apresentar os posicionamentos dos profissionais de saúde acerca da infecção latente da tuberculose prescrição da Isoniazida 300 mg.</p>	<p>***Como são pactuados com os demais níveis de atenção (primária, especializada) o atendimento do usuário em relação a ILTB?</p>
<p>3-Identificar a atuação dos profissionais frente aos pacientes em utilização da Isoniazida 300mg para o tratamento da infecção latente da tuberculose (CAP)</p>	<p>****Como tem sido o fluxo de distribuição/dispensação da Isoniazida 300mg no seu local de trabalho? Alguma consideração em relação à Isoniazida 300mg no cuidado?</p>

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ISONIAZIDA 300MG PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE NO BRASIL

Pesquisador: Ethel Leonor Nôia Maciel

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 88226218.0.1001.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.029.507

Apresentação do Projeto:

Este projeto trata de emenda ao Projeto Avaliação da Implementação da Isoniazida 300mg para o tratamento da Infecção latente da Tuberculose no Brasil aprovado sob o número 2.764.103 em 10 de julho de 2018 trocando uma instituição coparticipante, a FEPECS – Brasília por outra, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa inicial segundo o autor são:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de implementação da apresentação de Isoniazida 300mg para o tratamento da ILTB em algumas unidades de saúde de diferentes regiões do país com intuito de identificar riscos potenciais no processo de utilização do medicamento e resguardar a segurança do paciente.

Objetivo Secundário:

• Analisar a ocorrência de reações adversas graves ou inesperadas decorrentes da utilização pelo paciente da Isoniazida 300mg para o tratamento da Infecção latente da tuberculose. • Analisar a utilização pelo paciente da Isoniazida 300mg para o tratamento da Infecção latente da tuberculose. • Analisar as estratégias de informação disponibilizadas aos serviços de saúde sobre

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SIN

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DA ISONIAZIDA PARA O TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE: PRESCRIÇÃO DA MEDICAÇÃO

Número do questionário: _____
Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Justificar: _____
Bloco 1: Dados sociodemográficos e dados gerais
Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino
Qual sua idade (em anos)? _____
Qual seu estado conjugal? <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> vive com o companheiro
Qual seu grau de escolaridade? <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado
Como você se classifica em relação à sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> outro:_____
Qual sua profissão? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro:_____
Qual é a sua situação de trabalho atual? <input type="checkbox"/> Servidor público <input type="checkbox"/> Empregado com carteira de trabalho <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira de trabalho
Qual município que trabalha? _____
Quanto tempo de experiência profissional na área? _____
Quanto tempo exerce esta atividade de prescrição de medicação nesta unidade de saúde? _____

Bloco 2: Conhecimento sobre ILTB
Já realizou alguma capacitação sobre ILTB? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, quando? _____
Na população de infectados, a ação indicada é a quimioprofilaxia com isoniazida para os grupos de maior risco, a fim de evitar que evoluam para a doença. <input type="checkbox"/> Concorda <input type="checkbox"/> Discorda <input type="checkbox"/> Não sei
A principal ação de saúde pública que realmente pode interromper a cadeia de transmissão é a identificação dos doentes, por meio da busca do Sintomático Respiratório (SR) para o diagnóstico e tratamento somente quando apresentarem tosse e emagrecimento. <input type="checkbox"/> Concorda <input type="checkbox"/> Discorda <input type="checkbox"/> Não sei
Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos coabitantes de caso índice bacilífero. <input type="checkbox"/> Concorda <input type="checkbox"/> Discorda <input type="checkbox"/> Não sei
O recém-nascido coabitantes de caso índice bacilífero não deverá ser vacinado ao nascer. A H é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a PT. Se o resultado da PT for $\geq 5\text{mm}$, a quimioprofilaxia – QP deve ser mantida por mais três a seis meses, caso contrário interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG. <input type="checkbox"/> Concorda <input type="checkbox"/> Discorda <input type="checkbox"/> Não sei
A indicação do uso da H para tratamento da ILTB depende de dois fatores: a idade e a probabilidade de ILTB. O risco de adoecimento não interfere na indicação da H. <input type="checkbox"/> Concorda <input type="checkbox"/> Discorda <input type="checkbox"/> Não sei

Bloco 3: Prescrição da medicação de ILTB no serviço de saúde
Você já atendeu alguém em tratamento para a ILTB? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Você já prescreveu medicação para a ILTB em algum local que trabalhou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Você já prescreveu medicação para ILTB onde você trabalha atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Normalmente, qual a medicação e a dose de ILTB para adultos? _____
As perguntas abaixo, responda sobre o processo de prescrição das medicações de ILTB.
Que características a pessoa precisa ter para você prescrever a medicação de ILTB? _____

Você prescreve medicação para quantos meses? _____
Você dá alguma orientação ao paciente quanto a medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual orientação? _____
Você dá alguma orientação ao paciente quanto a ingestão da medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual orientação? _____
Na sua opinião, porque é tão importante o tratamento da ILTB? _____
Qual seu principal papel na ILTB? _____
Horário término da entrevista: _____
Assinatura do entrevistador: _____

Para uso exclusivo do Centro Coordenador:	
1. Conferência questionário:	
Há alguma pendência no questionário? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Se sim, quais questões:	Se
Não, autoriza ir para digitação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
2. Digitação:	
Digitador 1: _____	Data da digitação1: ____/____/____
Digitador 2: _____	Data da digitação2: ____/____/____
Checagem digitação: _____	Data da checagem: ____/____/____