

PERCEPÇÃO E EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE LATENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PERCEPTION AND EXPERIENCE OF HEALTH PROFESSIONALS ON THE PREVENTION OF LATENT TUBERCULOSIS IN PRIMARY CARE

PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MELINA MAFRA-TOLEDO*
ETHEL LEONOR NOIA-MACIEL**
WILDO NAVEGANTES-ARAÚJO***
ROZEMERE CARDOSO-DE-SOUZA****
JOSENAIDE ENGRACIA-DOS-SANTOS*****

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção e a experiência de profissionais da saúde sobre prevenção da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) no contexto da Atenção Primária. 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) e do Distrito Federal. Os dados foram coletados por entrevista coletiva semiestruturada com a questão norteadora: Quais é a percepção e a experiência dos profissionais da atenção primária à saúde na prevenção da Infecção Latente por 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 ILT para pessoas em situação de vulnerabilidade; 2) cuidados familiares e a importância da Estratégia Saúde da Família no tratamento da ILT; 3) campanhas de prevenção da ILT; 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

*Enfermeira, 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.maciell@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

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 perception 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 is the perception and experience 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.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción y experiencia de los profesionales de la Atención Primaria en Salud sobre la prevención de la Infección de Tuberculosis Latente. **Material y Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, de abordaje cualitativo, realizado con ocho profesionales de salud de la atención primaria, de tres estados de Brasil (centro-oeste, sureste y sur) y del Distrito Federal. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista colectiva semiestructurada con la pregunta orientadora: ¿Cuál es la percepción y experiencia de los profesionales de salud de la atención primaria para la prevención de la Infección de Tuberculosis Latente? Se realizó el análisis de contenido mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** Agrupación de los discursos colectivos: 1) experiencia y supervisión del tratamiento de la tuberculosis latente para personas vulnerables; 2) Cuidados de la familia y la importancia de la Estrategia de Salud Familiar en el tratamiento de la tuberculosis latente; 3) campañas de prevención de infección de tuberculosis latente y 4) fragilidad para la integración con los servicios especializados y ausencia de líneas de cuidado. **Conclusión:** El discurso colectivo expresa la necesidad de cambios en la gestión del trabajo en salud en la atención primaria para potenciar acciones de prevención y tratamiento existentes, teniendo en consideración la educación permanente, la definición de líneas asistenciales y de cuidados, con énfasis en la población vulnerable.

Palabras clave: Tuberculosis Latente; Atención Primaria de Salud; Servicios Preventivos de Salud.

Fecha de recepción: 29/03/2023

Fecha de aceptación: 08/06/2023

INTRODUÇÃO

A Infecção Latente por Tuberculose (ILT) 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 da infecção 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 rastreio, diagnóstico e tratamento adequados da ILT são componentes cruciais na eliminação da doença⁽⁵⁾. Contudo, a perda de pacientes na cascata de cuidados da ILT é uma barreira importante para o seu manejo^(6, 7).

No Brasil, a maioria das perdas no processo de tratamento da TB e ILT 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 ILT realizadas 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).

Para garantir um tratamento seguro e eficaz para ILT, o profissional de saúde deve avaliar periodicamente a evolução do paciente, que envolve monitoramento clínico, exames laboratoriais e educação do paciente⁽⁴⁾. A identificação de usuários com ILT 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⁽¹⁴⁾. No entanto, estudos recentes indicam que perdas importantes ocorrem em todas as fases da cascata de cuidados da ILT, contudo as razões para essas perdas não são bem conhecidas^(15, 16).

Nesse sentido, compreendendo que através da percepção se reflete a importância que determinado fenômeno tem para a pessoa, e como ela se relaciona com o mesmo, torna-se relevante analisar a percepção e a experiência de profissionais da saúde sobre prevenção da Infecção Latente por Tuberculose (ILT) no contexto da Atenção Primária.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Tendo em vista a natureza deste objeto e o caráter multidisciplinar do universo estudado, profissionais que compõem equipes da atenção primária, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁷⁾.

Esse método de pesquisa possibilita o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa, com a representação social do pensamento, a partir de um discurso-síntese, que agrega contribuições de cada indivíduo⁽¹⁸⁾. O eixo teórico que fundamentou as análises foi das representações sociais, que na definição clássica apresentada⁽¹⁹⁾: “são mensagens mediadas pela linguagem, construídas socialmente e, ancoradas no âmbito do contexto do indivíduo que as emite”. Desse modo, a percepção e experiência dos participantes, com a interpretação dos pesquisadores, foram transformadas em produto coletivo acerca da ILT na atenção primária.

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) e do Distrito Federal (DF), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: experiência clínica mínima de um ano no desenvolvimento de práticas relacionadas à ILT 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.

A aproximação com os participantes se deu

pelos seguintes etapas: a) levantamento de possíveis participantes pela equipe do projeto. A equipe de pesquisa contou com o apoio do Ministério da Saúde para o custeio das diárias de deslocamento para o DF e para formalizar o convite aos participantes de fora do DF; b) envio do convite por contato telefônico ou *email* institucional com conteúdos relacionados a: objetivos da pesquisa, procedimentos de coleta de dados, local de realização, aspectos éticos, cronograma; c) obtenção do Termo de Consentimento em resposta. 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 no DF.

Previamente, foram realizadas entrevistas-testes com profissionais atuantes na APS para ajustes das questões evocativas. Por consenso dos pesquisadores, os dados da entrevista-teste não foram incluídos na análise. 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 percepção e experiência profissional sobre ILTB, estratégias utilizadas no tratamento na APS. A pergunta inicial foi: como tem sido sua experiência com o manejo da ILTB na APS? acrescentando locuções como: “O que mais?” “Tem algo mais a dizer?” “Como assim?” “Por quê?” “Quer complementar com mais alguma coisa?”. Um formulário, contendo características sociodemográficas e ocupacionais dos indivíduos (idade, sexo, tempo de formação e atuação na unidade), foi utilizado para caracterizar a amostra. Para encerramento dos grupos, considerou-se a repetição de conteúdos emergentes, sem a introdução de novos componentes relacionados ao objeto de estudo

A análise visou produzir os discursos do sujeito coletivo, caracterizados por representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos de sentido semelhantes emitidos por pessoas distintas⁽¹⁶⁾.

O processamento dos conteúdos emergentes das falas dos participantes seguiu as etapas descritas por Lefevre⁽²⁰⁾: a) análise detalhada de cada um

dos depoimentos, b) seleção do conteúdo relevante de cada resposta, c) busca e nomeação das Ideias Centrais (nome ou expressão linguística que revela de maneira sintética e precisa o sentido dos depoimentos) e latentes (as ancoragens), d) identificação de expressões-chave (trechos curtos) que revelam a essência do conteúdo do discurso, e, a edição dos DSC.

Essa etapa final de produção 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⁾. Conforme o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto por Lefevre^(17,20). O DCS busca descrever e interpretar as representações sociais, visando revelar como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinados assuntos. No campo da saúde, a complexidade do discurso coletivo pode apontar para o diferente, e, conseqüentemente, para a transformação social pois revelam o que a coletividade pensa, como pensa e como esse pensamento se distribui no espaço social⁽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 em quatro ideias centrais, apresentadas no Quadro 1.

Os discursos coletivos 1 e 4 descrevem a percepção e a prática dos profissionais sobre a ILTB, com ênfase na prescrição e supervisão da terapia medicamentosa. Esses discursos também expressam as dificuldades de adesão da População em Situação de Rua (PSR), e da continuidade das ações, decorrentes da inexistência da garantia dos

fluxos assistenciais da atenção primária aos níveis de atenção de maior complexidade (Quadro 1).

A percepção do cotidiano profissional sobre prevenção em TB (Quadro 1) expressou nos discursos coletivos DSC 2 e 3 a prática profissional em atividades como campanhas públicas de rastreamento, salas de espera para educação

em saúde durante a espera por atendimento e aproximações com familiares do usuário do serviço. Nos discursos, foi ressaltada a importância de consolidar a Estratégia de Saúde da Família, como uma equipe da atenção primária que “acompanha sua comunidade”.

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

| Discurso | Expressões-chave | Ideia Central |
|---|--|--|
| <p>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.”</p> <p>“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.”</p> <p>“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.”</p> | <p>Gerenciar tratamento de ILTB junto às pessoas em situação de rua. A gente não tem perna para supervisionar</p> | <p>Experiência e supervisão de tratamento da ILTB para pessoas em situação de vulnerabilidade.</p> |
| <p>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.”</p> <p>“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.”</p> <p>“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.”</p> | <p>Tratamos pai e filha, e... Tratamos ILTB nos outros três irmãozinhos. Estratégia de Saúde da Família acompanha sua comunidade.</p> | <p>Cuidados familiares e a importância da ESF no tratamento da ILTB</p> |
| <p>3-“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.”</p> <p>“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?”</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> |

Continuação da Quadro 1.

| Discurso | Expressões-chave | Ideia Central |
|--|--|---|
| <p>4-“A gente tá falando de uma rede... a Vigilância tem que se integrar com a Atenção Básica.”</p> <p>“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.”</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⁽²¹⁾.

A organização de fluxos e a produção de responsabilização 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^(22, 23). 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.

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.

Pensando limites e desafios, destacam-se no DCS 1 as práticas de cuidado e a não adesão ao

mesmo da População em Situação de Rua (PSR). 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 intersectorial⁽²⁵⁾. No entanto, percebe-se um discurso coletivo dos profissionais ainda voltado quase exclusivamente ao cumprimento da prescrição medicamentosa, e centrado no modelo biomédico.

A prevalência da ILTB e o risco de progressão para TB ativa, assim como a “não adesão” ao tratamento, são maiores na PSR do que na população em geral, devido aos diferentes tipos de vulnerabilidade e condições de vida degradantes^(8, 22, 24). Portanto, trata-se de uma população que não apenas demanda por negociações contínuas quanto ao tratamento, mas que requer a estruturação de uma linha de cuidado, voltada ao acolhimento e cidadania.

Estudo com pessoas em situação de rua demonstrou a importância da afetividade e de atuar pela garantia de seus direitos fundamentais⁽²⁶⁾, pois a luta por esses direitos é algo presente no cotidiano das mesmas, onde juntos, buscam por melhorias em diferentes contextos da vida. Esses dois aspectos seriam fundamentais para superar a ideia de um sujeito reduzido apenas às suas necessidades biológicas. Trata-se de um processo de desenvolvimento das pessoas, onde ao mesmo

tempo em que se transforma o meio onde estão inseridas, elas acabam se transformando⁽²⁷⁾. Assim, o desafio de tratar e reduzir a carga da tuberculose dessa população exige “compromisso político” e abordagem humanizada, para que sejam possíveis a incorporação de práticas de cuidado⁽²⁸⁾. Ressalta-se, pois, a afetividade –interações, construção de vínculo e confiança– com o profissional de saúde, como potencializador e ponto de partida desse contexto.

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. O vínculo como forma de acolhimento e entendimento do paciente com uma visão que vai além do simples doente, extrapola a ideia básica de adscrever o doente à unidade de saúde, envolve aspectos psicossociais importantes da relação médico-paciente⁽²⁹⁾.

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⁽³⁰⁾, 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⁽³¹⁾, 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⁽²⁹⁾.

Portanto, é indicado que as articulações de-

vam ser sistematizadas e registradas para melhor efetividade do programa de TB⁽²³⁾. No entanto, percebe-se que os profissionais não têm comunicação adequada com especialistas dos níveis secundários, o que dificulta a continuidade da assistência.

Na percepção de enfermeiras da APS também foram identificadas fragilidades na gestão do cuidado e controle da tuberculose. Os enfermeiros tinham clareza sobre suas competências, contudo não conseguiam realizar as dimensões do cuidado em sua plenitude, explicado, dentre outros aspectos, pela baixa cooperação multiprofissional. Os entrevistados destacaram, ainda, o papel gerencial e educador da enfermagem em Saúde Pública, como de referência e indispensável para o acompanhamento dos casos, mas as questões de gestão precisavam ser resolutivas para o efetivo controle da doença⁽³¹⁾.

A ampliação da prática clínica do enfermeiro no cuidado às pessoas com TB decorre da progressiva autonomia profissional, que exige conhecimento técnico-científico e político e não se concretiza de forma isolada, mas requer interfaces com o trabalho em equipe e a prática interprofissional⁽³²⁾.

Considerando que o processo de adesão é dinâmico e pode sofrer influências multifatoriais, garantir um bom início de tratamento é o primeiro passo⁽³³⁾. 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^(29,33) 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 percepção e experiência dos profissionais da APS sobre o tratamento da ILTB. Os DSCs apontam que na percepção dos profissionais há a necessidade de aperfeiçoar a qualidade e gerenciamento da atenção à saúde, a reorganização da assistência, e a capacitação contínua dos profissionais. A fragilidade na integração com serviços especializados e ausência de fluxos assistenciais/linha de cuidado dificulta o cuidado e manejo da ILTB. 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.

A partir dos achados aqui sistematizados as ações de prevenção e tratamento na atenção primária tem efeito potencializador para o enfrentamento da ILTB. A experiência em assistir e supervisionar o tratamento da ILTB para pessoas em situação de vulnerabilidade corrobora 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.

As limitações do estudo estão relacionadas ao tipo de amostra por conveniência, que limitou o tamanho ao número de profissionais participantes da pesquisa. Esse contexto também limitou explorar questões que surgiram no decorrer da pesquisa, por exemplo a melhor compreensão das relações interprofissionais na atenção primária e entre profissionais e as pessoas em situação de rua. A participação da pesquisadora na coleta de dados pode ter configurado um viés de informação visto que pode reduzir a imparcialidade na pesquisa.

O estudo mostrou a realidade de um serviço de atendimento específico (nível primário), com a impossibilidade de generalizar os resultados, sugerindo novos estudos em contextos mais amplos e outras realidades. Assim, o recorte realizado neste estudo 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: 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* [Internet]. 2020 [citado 2023 jul 9]; 46(5): e20200015. Disponível em: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/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/lbti/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 jan 18]; 111(3): 170-183. Disponível em: <http://doi.org/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: 352. Disponível em: <https://doi.org/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 [citado 2021 out 10]; 24(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.13734>
8. Trajman A, Wakoff-Pereira MF, Ramos-Silva J, Cordeiro-Santos M, De Albuquerque MdeFM, Hill PC, 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 Serv Res* [Internet]. 2019 [citado 2022 dez 18]; 19(532). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>

9. 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 Glob Health* [Internet]. 2021. [citado 2023 jan 15]; 6: e005969. Disponível em: <http://dx.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 nov 10]; 10(3): 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 Health* [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 model. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2022 [citado 2021 jan 10]; 22(49). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06925-8>
14. Peduzzi M, Agreli F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [citado 2022 jun 12]; 22(Suppl 2): 1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
15. 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 4]; 23: 566-573. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01047-w>
16. 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* [Internet]. 2020 [citado 2022 ago 23]; 20:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05220-7>
17. Lefevre F. *Discurso do sujeito coletivo. Nossos modos de pensar. Nosso eu coletivo*. São Paulo: Andreoli; 2017. ISBN-10:8560416625
18. Lima EC, Sales FLJ, Freire JAC, Holanda PHC. O Discurso do Sujeito Coletivo: análise da percepção discente acerca do processo de ensino-aprendizagem no contexto da Pandemia de Covid-19. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021 [citado 2023 ago 7]; 10(10). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18900>
19. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
20. 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>
21. 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 2]; 23(1): 67-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100067>
22. Chee CBE, Reves R, Zhang Y, Belknap R. Latent tuberculosis infection: Opportunities and challenges. *Respirology* [Internet]. 2018 [citado 2023 jan 10]; 23(10): 893-900. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/resp.13346>
23. 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>
24. Von Streit F, Bartels C, Kuczus 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>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil [Internet]. 2ª 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>
26. 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 dez 6]; 56:43. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003964>
27. Maffezoli JGA, Pretto Z. A rua e a afetividade [Internet]. 2019. [citado 2022 ago 9]. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/338eb557-7f86-407a-a32f-38d357b65f43>
 28. Hino P, Yamamoto TT, Bastos SH, Beraldo AA, De Figueiredo TMRM, Bertolozzi MR. Tuberculosis in the street population: a systematic review. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2021; 55: e03688. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019039603688>
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado da tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2021 [citado 2022 nov 13]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_tuberculose_orientacoes_gestores_profissionais_sau.gov.pdf
 30. 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 2]; 28:18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-18aawl40018>
 31. Silva FO da, Rodrigues ILA, Pereira AA, Nogueira LMV, De Andrade EGR, De Araújo APGM. Percepções de enfermeiros sobre gestão do cuidado e seus fatores intervenientes para o controle da tuberculose. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [citado 2023 ago 7]; 26: e20210109. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0109>
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose na atenção primária: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 nov 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/tuberculose-na-atencao-primaria-a-sau-protocolo-de-enfermagem.pdf>
 33. 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 [citado 2022 nov 12]; 11(4): e3011426962. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26962>

