

MANEJO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA APS DE UM MUNICÍPIO DO TOCANTINS: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Pulmonary tuberculosis management at the primary health attention from a city of Tocantins: a documentary analysis

Bruno Sousa de Freitas¹, Josibel Mariano Toledo², Sara Janai Corado Lopes³

Resumo

Introdução: A Tuberculose Pulmonar (TB) é uma infecção humana comunitária milenar que possui alto índice de mortalidade quando não tratada. Tem como principal agente etiológico a *Mycobacterium tuberculosis*. A população de risco é composta por pessoas de baixo nível de escolaridade, renda, presidiários e moradores de rua. **Objetivo:** Analisar se a Atenção Primária em Saúde (APS) atua conforme os protocolos do Ministério da Saúde (MS) nos casos de TB. **Métodos:** Trata-se de um estudo de análise documental, através de prontuários médicos no Município de Porto Nacional – TO. Os dados colhidos foram comparados aos atuais protocolos de manejo da doença, contrapondo as ações da APS ao que se é recomendado pelo MS. **Resultados:** No município foram contabilizados 08 novos casos de TB em 2021, sendo a incidência em 15,09 casos por 100 mil habitantes. A maior parte dos acometidos são homens (04), acima dos 40 anos e com algum fator de risco. Nenhum paciente possuía ensino superior e renda maior que 1,5 salários mínimo. **Discussão:** A equipe de atenção primária não segue sistematicamente os protocolos do Ministério da Saúde no manejo da doença, e critérios de diagnóstico, tratamento e alta não foram registrados em prontuário, apesar de que a taxa de cura da TB na amostra escolhida está acima da média nacional, chegando a 80%. Os pacientes com menor renda apresentam maior risco de infecção e recidivas. **Conclusão:** É imperioso sistematizar o cuidado da TB em conformidade aos protocolos do MS, através da educação permanente para todos os profissionais da APS, sendo o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) uma medida que traria resultados satisfatórios. Assim como instigar políticas de educação popular em saúde em grupos com o maior risco de contágio da doença.

Palavras-chave: Atenção Primária; Saúde Pública; Terapêutica; Tuberculose.

Abstract

Introduction: Pulmonary Tuberculosis (TB) is an ancient human community infection that has a high mortality rate when left untreated. Its main etiologic agent is *Mycobacterium tuberculosis*. The population at risk is composed of people with a low level of education, income, prisoners and homeless people. **Objective:** To analyze whether Primary Health Care (PHC) acts according to the protocols of the Ministry of Health (MOH) in TB cases. **Methods:** This is a study of document analysis, through medical records in the Municipality of Porto Nacional - TO. The data collected were compared to current disease management protocols, contrasting PHC actions with what is recommended by the MS. **Results:** In the municipality, 08 new cases of TB were recorded in 2021, with an incidence of 15.09 cases per 100,000 inhabitants. Most of those affected are men (04), over 40 years old and with some risk factor. No patient had

higher education and income greater than 1.5 minimum wage. **Discussion:** The primary care team does not systematically follow the Ministry of Health protocols in the management of the disease, and diagnostic, treatment and discharge criteria were not recorded in the medical records, despite the fact that the TB cure rate in the chosen sample is above the national average, reaching 80%. Patients with lower income have a higher risk of infection and relapses. **Conclusion:** It is imperative to systematize TB care in accordance with MS protocols, through continuing education for all PHC professionals, with the PEC (Citizen's Electronic Health Record) being a measure that would bring satisfactory results. As well as instigating popular health education policies in groups with the highest risk of contagion of the disease.

Keywords: Primary Care; Public health; Therapy; Tuberculosis.

¹Bacharel em Medicina. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7142-1852>. ² Bacharel em Medicina. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8436-6410>. ³ Professora Orientadora. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC PORTO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5814-6158>.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma manifestação patológica com sinais e sintomas que são causados pela *Mycobacterium tuberculosis*, podendo se manifestar na forma pulmonar, quando há acometimento dos pulmões, ou nas formas extrapulmonares, quando ocorre infiltração em outras partes das estruturas do corpo humano. A origem da *Mycobacterium* remonta há mais de 150 milhões de anos, sendo que os registros concretos de sua presença nas sociedades humanas são mais precisamente nos egípcios devido à mumificação dos corpos, onde já foram identificados possíveis sinais patognomônicos da doença nessas civilizações. No Brasil o registro que se tem é de quando os padres jesuítas trouxeram a infecção pelo processo de colonização, ocasionando surtos devido à boa adaptação do patógeno ao clima tropical do país.

Desde 1979, o Brasil iniciou campanhas relativas ao controle epidêmico da Tuberculose em âmbito nacional. Sendo que ao passar dos anos, e com as reformas administrativas do sistema de saúde, surgiu a Atenção Primária em Saúde (APS) como sendo a porta de entrada no diagnóstico e tratamento dos casos de Tuberculose. Hoje, o tratamento é feito exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde), não havendo a opção da aquisição das drogas pela rede privada. Isso porque o Ministério da Saúde (MS) entende como primordial o controle dos dados epidemiológicos centrados nos estabelecimentos públicos, pois por ser uma doença infecciosa e de alto grau de prevalência, é importante que as autoridades estejam atentas a quaisquer indícios de surtos locais para medidas de contingência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a Tuberculose é a doença infecciosa de maior letalidade quando não se realiza o tratamento precocemente. Os dados epidemiológicos apontam que os grupos socialmente marginalizados estão mais propensos à infecção devido viverem em ambientes insalubres, com condições de saneamento básico e escolaridade precários. Os homens da raça parda são majoritariamente os mais acometidos, assim como os de idade entre 30-50 anos, o que

representa uma preocupação ainda maior para o Estado devido o adoecimento da população economicamente ativa.

O quadro clínico se manifesta principalmente por tosse seca e uma piora progressiva, sendo às vezes confundida com a fase final de um resfriado. Essa tosse representa a reprodução da micobactéria dentro dos pulmões que vão causando danos irreversíveis às estruturas respiratórias. Com o passar dos anos e a depender da resposta imune do indivíduo, essa infecção pode se espalhar aos demais órgãos do corpo, levando ao risco de morte iminente.

A não continuidade ao tratamento representa hoje um grande empecilho no controle da TB no Brasil. Costa e Rodrigues relatam que o uso de bebidas alcoólicas e a melhora do estado geral são um dos fatores que mais contribuem para o abandono da poliquimioterapia. Entender os fatores que desencadeiam essas desistências é crucial no trabalho da atenção primária, pois a realização de um bom tratamento se inicia mediante ao acolhimento e esclarecimento do paciente em relação a sua situação de saúde.

O presente trabalho tem por objetivo compreender de que maneira a APS atua nos casos de TB e, se sua conduta é baseada nos atuais protocolos do MS, vislumbrando os empecilhos da equipe da atenção primária na efetivação do tratamento em uma cidade no interior do Tocantins. Assim como, entender as particularidades da população local que inviabiliza o manejo da doença como se recomenda o órgão federal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de análise documental, através de pesquisa em prontuários médicos no Município de Porto Nacional – TO. A amostra da população investigada abrange aquelas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do município, sendo elas definidas como: UBS A, UBS B e UBS C. Foram inicialmente selecionados 05, 07 e 12 prontuários, respectivamente, de cada estabelecimento de saúde dos últimos 05 anos, levando em consideração os critérios de seleção das unidades básicas de saúde, aquelas que possuíam maior número de casos da doença nos últimos anos, conforme informado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Os prontuários selecionados foram aqueles que apresentavam melhor descrição nos documentos médicos de manejo da doença, pacientes enquadrados no grupo de risco e com o quadro exclusivamente do tipo pulmonar.

No final do estudo dos prontuários, foram selecionados 01 da UBS A, 02 da UBS B e 02 da UBS C. O número reduzido de amostra material deveu-se às inconsistências dos prontuários físicos que não estavam em ordem cronológica de início de tratamento, além da dificuldade em compreender a caligrafia de registro, assim como pouca informação escrita sobre o histórico patológico dos pacientes com quadros de sintomatologia respiratória, mas que indicavam possivelmente ser tuberculose.

Nos meses de Abril e Maio de 2022, os pesquisadores foram aos estabelecimentos de saúde do município e fizeram a consulta do acervo de prontuários para seleção do estudo. Os documentos foram pré-selecionados pela equipe de enfermagem, levando em consideração de que os registros deveriam estar com a maior quantidade de dados possíveis sobre diagnóstico, tratamento, recidivas e critérios de cura. Toda vistoria analítica se deu em conformidade ao referencial de cuidados e práticas do manejo da

tuberculose pulmonar que se recomenda o MS, nenhum outro protocolo clínico das sociedades médicas fora considerado, haja vista que é preciso pontuar que há divergências dessas entidades quanto às suas preconizações.

Segundo os dados colhidos do DATASUS, a média do coeficiente de incidência de tuberculose no estado do Tocantins foi de 10,9 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade 0,8-1,5 por 100 mil habitantes em 2021. Ficando abaixo da média nacional que seria 31,6 a cada 100 mil habitantes. No município de Porto Nacional – TO, foram contabilizados 08 novos casos em 2021, distribuídos nas UBS conforme a territorialização de cada paciente, sendo a incidência em 15,09 casos por 100 mil habitantes, superior à média estadual.

Para uma melhor precisão na pesquisa, foi selecionado um número menor de documentos a serem trabalhados, mas que em nada muda a qualidade e credibilidade do estudo. Os resultados catalogados serão apresentados de forma qualitativa, baseando-se em fazer um contraponto entre o manejo da equipe de saúde básica em consonância com as normas recomendadas pelo Ministério da Saúde e que são adotadas como modelo na rede municipal. As informações obtidas serão analisadas sob auxílio de artigos publicados nas bases Pubmed e Scielo.

A pesquisa é amparada pela aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO, assim como autorizada pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP), sob o Parecer: 5.247.713 e CAAE: 54332921.7.0000.8075. A coleta dos registros em prontuários se iniciou nos meses de abril e maio de 2022 e a elaboração dos dados foi finalizada em junho do mesmo ano. Nenhum paciente teve seu nome ou iniciais citadas no texto da pesquisa e todas as amostras coletadas são referenciadas como “paciente I, II, III, IV e V”. Assim como as Unidades Básicas de Saúde foram nomeadas como “A, B e C”.

RESULTADOS

Há um fluxograma de cuidado com os pacientes que estão em suspeita ou diagnosticados com Tuberculose. A porta de entrada sempre será as Unidades Básicas de Saúde, mas em alguns casos podem ser remanejados para o Serviço de Atenção Especializada (SAE) que fica no próprio município. A grande maioria dos casos tem resolução nas UBS, mas existem grupos especiais que necessitam de um acompanhamento com infectologistas, ao exemplo de: grávidas, coinfectados com HIV, reincidentes, suspeitos de resistência medicamentosa e casos que o médico generalista julga necessário fazer o encaminhamento.

Entretanto, o referenciamento ao especialista não isenta a equipe de saúde da família a fazer o acompanhamento mensal dos pacientes já diagnosticados. Ficando responsáveis pela dispersão de medicamentos e pela busca ativa de contactantes com sintomatologia respiratória. Ao término do tratamento há contrarreferência, onde o especialista descreve em parecer médico os critérios de alta e se houve complicações no decorrer do tratamento, realizando-se uma comunicação entre as equipes médicas de modo a pontuar as condutas a serem tomadas.

O município de Porto Nacional – TO realiza articulações com nível primário e secundário, de modo a ofertar um cuidado integral e direcionado a cada especificidade

Revista de Medicina e Saúde de Brasília - ARTIGO ORIGINAL

2238-5339 © Rev Med Saúde Brasília 2026; 10(2):1-11

individual. Pois, apesar de ser algo recomendado pelo o MS, nem todas as cidades do país possuem acesso ao serviço especializado de saúde, fazendo com que muitos tenham que se deslocar para centros de saúde em localidades distantes para consultas com especialista, o que em alguns casos inviabiliza a concretização do tratamento por questões financeiras.

O Ministério da Saúde reforça o seu cuidado nas doenças infecciosas ao elaborar protocolos que visam sistematizar o atendimento e proporcionar melhores condutas de controle na cadeia de transmissão. Para isso, a atuação dos profissionais de saúde em consonância ao que é recomendado, faz com que o tratamento da tuberculose pulmonar se efetive com maior grau de cura e em menores índices de recorrência. A tabela 01 exemplifica os exames e procedimentos que devem ser tomados frente ao caso de TB clássica no nível primário de saúde.

Tabela 01 – Protocolo do Ministério da Saúde para o tratamento e acompanhamento da tuberculose pulmonar.

Procedimentos	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	OBS
Consultas	x	x	x	x	x	x	Maior frequência a critério clínico.
Teste HIV e TS	x						Caso não seja possível no 1º mês, realizar durante o tratamento.
Baciloscopia	x	x	x	x	x	x	Avaliação para alta e eficácia farmacológica.
Raio X de tórax	x					x	Especialmente em casos com baciloscopia negativa.
Avaliação de adesão	x	x	x	x	x	x	Em toda consulta.
Glicemia, Hepática/Renal	x						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: Os autores (2022).

Nos dados colhidos foi possível fazer um paralelo entre a conduta na realidade prática e o que seria o preconizado pelo Ministério da Saúde. Os prontuários escolhidos são datados de 2018 em diante, visando aqueles casos em que se pudesse obter uma maior riqueza de detalhes. A amostra de estudo foi pautada na análise de 05 documentos.

O Serviço de Atenção Especializada (SAE) do município não soube informar a quantidade de diagnósticos anuais de tuberculose no momento da pesquisa, mas segundo o DATASUS foram confirmados 08 casos de TB em 2021. Nenhum paciente apresentado neste estudo foi acompanhado pelo SAE, todos foram tratados exclusivamente na APS. Dos dados coletados, foi possível averiguar que a maioria dos portadores são homens (04), seguido de uma mulher.

A faixa etária dos pacientes é um fator que influencia nas possíveis causas de contágio, haja vista que pessoas menores que 25 anos de idade possuem forte tendência a terem contraído a *Mycobacterium tuberculosis* devido a um quadro de imunossupressão. Já os pacientes acima de 30 anos estão mais relacionados ao estilo de vida, condição social precária e tabagismo de longa data, conforme exemplifica o Manual de Controle da Tuberculose de 2019. Sobre a renda foi visto que nenhum paciente teria mais que 1,5 salários mínimos mensais, ao se levar em conta a ocupação profissional e o nível de escolaridade.

Os dados obtidos foram categorizados em uma análise qualitativa, de modo a esboçar os principais erros cometidos no tratamento de pacientes com tuberculose:

- **Paciente I:** sexo masculino, 18 anos, usuário de droga, reside com os pais, refere ser sintomático respiratório e a equipe inicia a investigação para TB. Foram realizados os testes de baciloscopia (1º consulta), sensibilidade à rifampicina (TS) e não há registro de testagem para HIV. Não há avaliação da glicemia, TGO, TGP e creatinina. O paciente se enquadra no grupo de risco por ser de extrema pobreza e fazer uso de entorpecentes, que por conseguinte, faz com que o seu tratamento não seja finalizado devido o não comparecimento na UBS para dispersão da medicação. A equipe de saúde realizou a busca ativa, mas não obteve êxito. Até a finalização desse estudo o caso permanecia como desistente.
- **Paciente II:** sexo masculino, tabagista, 51 anos, caminhoneiro, realizou tratamento para hanseníase há 3 anos, apresenta-se sintomático respiratório e a equipe solicita a baciloscopia no primeiro mês, teste de HIV e raio-x, não havendo registro de prova de função hepática, renal e glicemia. As consultas ocorreram sem intercorrência mensalmente, sendo receitado o esquema básico de 6 meses de tratamento. O paciente não tem registro de teste de sensibilidade à rifampicina. A alta se deu com a baciloscopia negativa no último mês de tratamento.
- **Paciente III:** sexo feminino, 20 anos, sintomática respiratória, refere ser contactante com a irmã que foi diagnosticada com TB, equipe de saúde fez acompanhamento mensal. Porém, não há registros de testagem de HIV, teste de sensibilidade e baciloscopia. Foi feito apenas glicemia, TGO e TGP e creatinina. Foi solicitada uma radiografia que não apresentou alterações, não há registro do

Revista de Medicina e Saúde de Brasília - ARTIGO ORIGINAL

2238-5339 © Rev Med Saúde Brasília 2026; 10(2):1-11

esquema de tratamento da paciente. O caso foi encerrado, mas sem pontuar as condutas necessárias para a alta do quadro.

- **Paciente IV:** sexo masculino, 51 anos, tabagista de longa data, morador da zona rural, refere febre vespertina e sudorese noturna. A Equipe de saúde solicitou baciloscopia no primeiro mês, onde a mesma veio positiva, foi passado o esquema de tratamento básico de 6 meses. O acompanhamento mensal possibilitou realizar a testagem de HIV, função hepática e renal, glicemia, raio-x e até mesmo busca ativa de sintomáticos respiratórios no domicílio do paciente. A alta se deu com a baciloscopia negativa no último mês de tratamento. A única divergência do caso aos protocolos do MS se dá pela falta do teste de sensibilidade à rifampicina.
- **Paciente V:** sexo masculino, nega tabagismo, portador de diabetes mellitus, relata sintomas respiratórios. A equipe de saúde faz o acompanhamento mensal e trata como TB pulmonar clássica por 6 meses. Entretanto, nos registros de prontuários não há testagem para HIV, sensibilidade à rifampicina, baciloscopia de controle e raio-x. Há somente o pedido de exames laboratoriais para testagem de função hepática, renal e de glicemia. A alta se deu sem especificar melhoras clínicas e nem laboratoriais.

Tabela 02 – Manejo com os pacientes estudados em Porto Nacional - TO.

Procedimentos	Paciente I	Paciente II	Paciente III	Paciente IV	Paciente V
Consultas	3 consultas.	Mensal.	Mensal.	Mensal.	Mensal.
Teste HIV / TS	Sem HIV / Com TS.	Com HIV / Sem TS.	Com HIV / Sem TS.	Com HIV / Sem TS.	Sem HIV / Sem TS.
Baciloscopia	Positiva (Início).	Negativa (6º mês).	Não solicitado.	Negativa (6º mês).	Não solicitado.
Raio X de Tórax	Ausente.	Infiltrado Bilat..	Solicitado.	Solicitado.	Não solicitado.
Glicemia / Renal	Sem registro.	Sem registro.	Solicitado.	Solicitado.	Solicitado.

Fonte: Os autores (2022).

DISCUSSÃO

Os pacientes analisados foram tratados em âmbito de nível primário de saúde, não sendo necessário referenciá-los ao atendimento especializado. Porém, isso não significa que sejam pacientes que não apresentem um nível elevado de complexidade quanto ao seu manejo de tratamento. Os fatores de ordem socioeconômicas podem inviabilizar os planos terapêuticos que são recomendados pela equipe médica; em alguns casos é inviável comparecer nos estabelecimentos de saúde devido à falta de orçamento para o transporte, culminando no abandono do tratamento.

Além do mais, a população que é acometida pela TB são majoritariamente pessoas com baixo grau de instrução acadêmica. Nos prontuários analisados, nenhum paciente possuía ensino superior e isso mostra a predileção de pessoas em vulnerabilidade social que estão mais propensas a adquirirem a doença. Torna-se ainda mais difícil o trabalho da equipe de saúde, pois é difícil para muitas pessoas entenderem a necessidade de tratamento enquanto os sintomas da doença não se agudizaram.

A população da zona rural enfrenta uma maior dificuldade de concretização do tratamento devido à complexidade logística de locomoção para os centros urbanos nos dias marcados de consultas e dispersões de medicamentos. Essa fragmentação do tratamento, ocasionada por faltas nas datas agendadas, pode prolongar expressivamente o manejo terapêutico.

A educação popular em saúde faz parte da política de trabalho do SUS, que visa envolver os saberes populares em consonância às condutas da equipe médica. No entanto, essa iniciativa ainda é deficiente em todas as esferas de saúde pública do país, fazendo com que o indivíduo só venha procurar atendimento médico quando há sintomatologia consolidada.

A falta de estruturação tecnológica torna o trabalho dos níveis de saúde descentralizados e pouco integrativos. As informações repassadas de um nível ao outro ainda são por meio escrito e por intermédio dos pacientes a cada retorno, gerando lacunas severas de informação. Os registros do manejo clínico não seguem uma ordem lógica e cronológica de condutas, não havendo a padronização dos dados coletados. Todas essas situações seriam atenuadas se as equipes utilizassem o fichamento virtual e sistemas informatizados obrigatórios.

Segundo o balanço da OMS (Organização Mundial de Saúde), o Brasil ocupa a 20ª posição dos países com maior prevalência de casos no mundo. Por isso a necessidade em se testar de imediato os suspeitos de TB para o vírus do HIV, pois quadros respiratórios são as manifestações primárias da imunodeficiência humana. Nos estudos analisados somente 02 pacientes não realizaram a testagem.

A última diretriz farmacológica do manual publicado em 2019 pelo MS recomenda que seja feito um tratamento total de casos não latentes por 6 meses com as seguintes drogas: 2 meses – Isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, sendo os 4 meses restantes usado rifampicina e isoniazida. O uso das drogas antiTB é seguro e eficaz quando seguido rigorosamente. Entretanto, o Ministério da Saúde recomenda o teste de sensibilidade à rifampicina em todos os pacientes devido ao alto grau de resistência

medicamentosa nos últimos anos, conduta esta realizada em apenas um paciente da amostra.

CONCLUSÃO

Diante dos dados analisados, fica evidente que as equipes de estratégia de saúde da família e comunidade não seguem de forma sistemática os protocolos de cuidado dos pacientes com TB, seja pela complexidade dos algoritmos que o MS apresenta ou pela falta de registro nos documentos médicos.

As falhas mais comuns foram a não solicitação de testagem de HIV e baciloscopia de acompanhamento e como critério de cura do paciente. Os registros, por serem feitos a mão, possuíam limitada fonte de informações, bem como não seguiam uma continuidade lógica e cronológica da estruturação clínica.

A implementação definitiva do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) seria uma forma eficiente de standardizar as condutas na TB. Portanto, deve-se instigar a qualificação profissional, através da educação permanente, em prol da estruturação do cuidado conforme o protocolo do MS, além de prover subsídios para pacientes de baixa renda que não conseguem arcar com os gastos indiretos de seu deslocamento terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Massabni AC, Bonini EH. Tuberculose: história e evolução dos treatments da doença. Rev Bras Multidisciplinar. 2019; 22(2):6-34.
2. Mesquita GN, Gomes DM, Silva LMS, Ribeiro LR, Fassarella BPA, Ribeiro LHS et al. Estratégia de combate à tuberculose na atenção primaria. Braz J Hea Rev. 2020; 3(2):2182-2189.
3. Almeida MR, Barbosa LAO, Casé MLS, Pinho PS. Tuberculose Pulmonar no Brasil: uma análise epidemiológica das internações em uma década. Rev APS. 2020; 23(supl.2):334-335.
4. Costa BDPS, Glória LM, Silva CA, Pinto DS, Sarges EDSNF, Nascimento RG. Capacidade funcional e fragilidade de idosos com sequela de tuberculose pulmonar. Rev Pesq Fisioterapia. 2020; 11(1):145-154.
5. Junior EBL, Oliveira GS, Santos ACO, Schnekenberg GF. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cad FUCAMP. 2021; 20(44):36-51.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
7. Giacometti MT, Andrade LG, Pugliese FS, Silva MS. Atenção farmacêutica no tratamento de tuberculose. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021; 7(8):296-309.
8. Barros JJC, et al. Vulnerabilidade e estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose: discurso dos enfermeiros da atenção primária. Revista de Enfermagem da UFSM. 2021; 11:61.

9. Rodrigues MW, Mello AGNC. Tuberculose e escolaridade: Uma revisão da literatura. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*. 2018; 4(2).
10. Silva MEN. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. *Rev RBAC*. 2018; 50(3):228-32.
11. De Oliveira WL, et al. Indicadores de cobertura vacinal/taxa de abandono nas capitais da região norte do Brasil. *Brazilian Journal of Development*. 2022; 8(5):33779-33789.
12. Santos TSD, Silva Júnior ES, Siqueira MCC. Vigilância epidemiológica de tuberculose em portadores de HIV na região norte, no período de 2011 a 2020. *Research, Society and Development*. 2021; 10(16).
13. Pereira CEA, et al. O reflexo da visita domiciliar do ACS na busca ativa do SR de um município da Amazônia. *Revista de APS*. 2018; 21(1).
14. Villa TCS, et al. Capacidade gerencial da atenção primária à saúde para o controle da tuberculose em diferentes regiões do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2018; 27.
15. Pinto FG, et al. Adesão ao tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*. 2022; 11(4).
16. Fernandes EDM, Fernandes FDM. Tuberculose pulmonar: o perfil do paciente em tratamento [dissertação]. Serra: Faculdades Dôctum de Serra; 2019.
17. Rocha MSP, Freitas FG, Falcão LF, Ferreira AP, Mendes APG, Filho HRM et al. Mortality and prevalence of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis in the city of Jataí/GO. *Braz J Dev*. 2020; 6(8):61474-61487.
18. Baranzeli A. Coevolução entre micobacteriófagos e micobactérias [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021.
19. Oliveira GM, Petroni TF. Avaliação de indicadores epidemiológicos da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde UniToledo*. 2017; 1(1):134-146.
20. Mocelin LC, Zanella JDFP. Tuberculose pulmonar: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. In: *Anais do XXIV Seminário Interinstitucional*; Cruz Alta: Unicruz, 2019.
21. Silva AAA, Rodrigues EDS, Silva MS, Rodrigues APRA. A tuberculose pulmonar e o abandono do tratamento [dissertação]. Maceió: Centro Universitário Tiradentes; 2019.
22. Martins VDO, Miranda CV. Diagnóstico e tratamento medicamentoso em casos de tuberculose pulmonar: revisão de literatura. *Rev Saúde Multidisciplinar*. 2020; 7(1):1-10.
23. Vieira FLC, Albuquerque GB, Santos ACD, Cruz IB, Rocha FC, Andrade Neto GR et al. Efeitos colaterais e os desfechos clínicos do tratamento da tuberculose. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2018; 1(15):2008-2015.
24. Almeida MDA. Adesão ao tratamento da tuberculose pulmonar de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Aberta do SUS; 2017.
25. Aguiar YC, Gonçalves AM, Mallab JP, Lima MCP, Souto LA, Paiva MC et al. Tuberculose pulmonar: adesão e vulnerabilidade dos pacientes em situação de rua. *Braz J Dev*. 2021; 7(8):81286-81304.

26. Rocha NL, Araujo KF, Motta MCS, Nakano AR, Lima HSB, Marques JLS. Material educativo para pacientes com tuberculose pulmonar frente a pandemia de COVID-19. Rev Saúde Col UEFS. 2020; 10(1):18-22.
27. Oliveira AH, Pinto AGA, Quirino GS, Callou RDSBL, Pereira MLD, Cavalcante EGR. Necessidades de saúde das pessoas com tuberculose pulmonar. Rev Enferm UFSM. 2021; 11(11):1-18.
28. Mansour GK, Ferreira LDPQ, Martins GO, Melo JLL, Freitas PS, Nascimento MC. Fatores associados à não adesão ao tratamento para tuberculose pulmonar. Medicina (Ribeirão Preto). 2021; 54(2):1-12.
29. Aridja UM, Gallo LG, Oliveira AFDM, Silva AWMD, Duarte EC. Casos de tuberculose com notificação após o óbito no Brasil, 2014. Epidemiol Serv Saúde. 2020; 29(5):1-11.
30. Trajman A, Saraceni V, Durovni B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. Cad Saúde Pública. 2018; 34(6):1-4.

Conflito de interesses: Não há.

Contribuição dos autores: Bruno Sousa de Freitas: delimitação do tema, elaboração do projeto, redação, organização, edição e composição do texto e aprovação da versão final. Josibel Mariano Toledo: elaboração do projeto, redação, organização. Sara Janai Corado Lopes: orientação.