

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAIANE MEDEIROS DA SILVA

**Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura
e processo dos serviços de saúde**

João Pessoa, PB
2013

DAIANE MEDEIROS DA SILVA

**Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura
e processo dos serviços de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para a obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira

João Pessoa, PB
2013

S586t Silva, Daiane Medeiros da.
Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde / Daiane Medeiros da Silva.- João Pessoa, 2013.
89f.
Orientadora: Jordana de Almeida Nogueira
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
1. Tuberculose - Atenção Básica. 2. Tuberculose - serviços de saúde - avaliação. 3. Profissionais de saúde - desempenho.

UFPB/BC

CDU: 616-002.5(043)

DAIANE MEDEIROS DA SILVA

**Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura
e processo dos serviços de saúde**

Trabalho apresentado e submetido à avaliação da banca examinadora como requisito para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

APROVADO EM _____ DE _____ 2013

Banca examinadora

Prof.^a Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira - Orientadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof.^a Dr.^a. Lenilde Duarte de Sá – Examinadora
(Universidade Federal da Paraíba - UFPB)

Prof.^a Dr.^a. Silvia Helena Figueiredo Vendramini – Examinadora
(Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP)

João Pessoa, PB
2013

Dedicatória

Ao nosso amado Deus, pelo dom da vida, pela sua infinita bondade, por me guiar e me amparar em todos os momentos da minha vida.

À minha família, em especial aos meus pais e irmãos, pelo amor incondicional, pelas palavras de incentivo, pelo apoio e por nunca medirem esforços para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu noivo, José Felix, que também é minha família, pelo seu amor, companheirismo, paciência, apoio, amizade, compreensão e por estar ao meu lado dando forças para eu sempre seguir adiante e crescer.

Agradecimentos

Mais um ciclo se completa em minha vida, ficando o sentimento de gratidão por todos aqueles que fizeram deste sonho, realidade. Muitos foram os momentos de cansaço, ansiedade, alegrias, vitórias, saudades, lágrimas... Mas, em todos esses momentos pessoas muito importantes e queridas estiveram ao meu lado, dando-me coragem, força, estendendo-me a mão e ajudando-me a levantar. A todos vocês que amo e admiro de coração, quero dar-lhe o meu muito obrigada, repleto de gratidão, amor e carinho!

*Primeiramente, agradeço a **Deus**, meu pai amado, pelo dom da vida, por está sempre presente nos momentos de alegrias e tristezas, por me carregar em seus braços, quando não suportava mais a caminhada e me dá forças para continuar, por todas as bênçãos derramadas durante toda a minha vida, e por ter me permitido alcançar tamanha vitória!*

*A **Nossa Senhora**, minha mãe amável e fiel, que esteve sempre intercedendo por mim, nas horas de alegrias e tristezas, cobrindo-me com seu manto sagrado e dando-me seu amor de mãe!*

*A minha base, **minha mãe Ana** e **meu pai David**, que foram fundamentais nesta minha trajetória, que suportaram a minha ausência e a distância, que sempre buscaram o melhor para mim e para meus irmãos, que apesar de algumas dificuldades, não mediram esforços para nos proporcionar a felicidade e grandes oportunidades!*

*Aos **meus irmãos**, Lucas e Isabelle, àqueles com quem cresci, aprendi e passei os melhores momentos da minha vida!*

*Ao meu grande amor, **José Felix**, pelo apoio e incentivo, pela paciência e compreensão. Pela cumplicidade e alegria diária!*

*A todos os **meus familiares**, avós, avô, tios, tias, primos, padrinhos, madrinhas que sempre torceram pela minha vitória e acreditaram no meu sucesso!*

*Aos **meus amigos**, distantes e próximos, ausentes e presentes, que estiveram sempre ao meu lado, mesmo que, muitas vezes, através de mensagens, recados, e-mails, ou pela força do pensamento, sempre se fizeram presentes!*

*Ao quarteto fantástico, **Débora, Eloíse e Hérika**, e que também faço parte, que desde o início foram ombro amigo, que sempre me levantaram na queda, que me ouviram quando tudo parecia sem solução, que choraram e sorriram junto comigo. Com certeza seremos vencedoras!*

Às minhas grandes amigas, **Noeli, Mônica e Celiane**, que vivenciaram comigo grande parte dessa trajetória, que foram muito mais que companheiras de quarto, foram amigas, irmãs e muitas vezes mãe. Que choraram, sorriram e cantaram junto comigo, e que mesmo desafinando, não me abandonaram!

A minha amada orientadora, **Profª Drª Jordana**, pela paciência, generosidade, simplicidade, humildade e exemplo! Por sempre compartilhar seus conhecimentos e experiências. Mostrando-me que ser mestre não é apenas lecionar ou transmitir conteúdo, mas ser instrutor, amigo, guia e companheiro. Muito Obrigada!

À querida **Profª. Drª. Lenilde**, a quem tenho um enorme carinho, pela generosidade com que me permitiu conhecê-la e, acima de tudo, por influenciar sabiamente a minha vida.

À **Profª Silvia** que prontamente aceitou o convite em participar da banca examinadora, tornando-se fundamental para o aprimoramento e conclusão deste trabalho!

À **Profª Tite, Profº Ruffino e Profª Lúcia** pelo conhecimento humildemente compartilhado e pelas oportunidades dadas a todos do grupo GEOTB!

A **toda turma Mestrado 2011.1** pelos conhecimentos compartilhados e pela amizade construída durante essa caminhada!

Ao **Grupo de Estudos e Qualificação em Tuberculose**, por sonharmos e militarmos juntos!

Aos amigos do GRUPO TB, **Cybele, Luana, Débora Raquel, Rafaela, Georgina, Profª Sandra, Kézya, Layza, Jéssica, Débora e todos que compõem essa família**, pelo companheirismo, amizade, solidariedade, cumplicidade e dedicação! Vocês são meus exemplos, minhas referências de pessoas e profissionais!

Aos amigos do **GEOTB** pelo aprendizado conquistado e pela oportunidade de se trabalhar em rede!

A **seu Ivan, Dona Carmem, Seu Antônio, Felipe** pela amizade, pelas ajudas e pela alegria diária!

A **todos os envolvidos na coleta de dados, profissionais, usuários, Alexsandra**, coordenadora do PCT em Cabedelo, que não mediram esforços para que tudo desse certo!

E a **todos que rezaram, torceram e acreditaram nesta minha vitória**, deixo o meu muito obrigada!

*“A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”*

Eduardo Galeano

RESUMO

SILVA, D. M. **Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde.** 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

O estudo teve como objetivo avaliar a estrutura e o processo dos serviços de Atenção Básica (AB) para o tratamento da tuberculose em município portuário da Paraíba. Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, tipo inquérito, de abordagem quantitativa, que adotou como eixo metodológico os componentes de avaliação de serviços de saúde estrutura e processo. Participaram do estudo 117 profissionais atuantes em 18 Unidades de Saúde da Família do município, entrevistados por meio de um instrumento estruturado, elaborado, adaptado e validado pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, contendo indicadores de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no acompanhamento dos casos de TB no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A análise dos dados foi realizada por meio de distribuição de frequência absoluta/relativa e da construção de indicadores, utilizando proporções, para a classificação do desempenho das variáveis, no intuito de avaliar qual variável poderia estar interferindo na avaliação negativa dos serviços, e através de médias e intervalos de confiança para a classificação dos serviços de saúde. Em relação ao componente estrutura, item recursos humanos, o envolvimento da equipe ou de outros profissionais de saúde no atendimento ao doente de TB mostrou-se insatisfatório, assim como a realização de capacitação, tanto pelo Programa de Controle da Tuberculose municipal quanto pelos próprios serviços de saúde, para a equipe mínima do serviço. Quanto ao item recursos físicos, a disponibilidade de vale transporte alcançou desempenho crítico, diferindo do insumo cesta básica que se mostrou satisfatório. A disponibilidade de insumos/equipamentos pelas unidades de saúde para o controle da TB e de medicamentos para a TB apresentaram desempenho satisfatório. Em relação ao item organização do serviço, a realização de discussões dos casos de tuberculose entre os profissionais de saúde apresentou desempenho insatisfatório. Tanto o acesso à consulta no prazo de 24 horas, como também a orientação aos doentes de TB em relação à busca por atendimento fora da data agendada caso necessitem apresentaram desempenho satisfatório. O atendimento da demanda dos serviços de AB pelos laboratórios mostrou-se crítico, esta mesma classificação é alcançada pelas variáveis que se referem ao acesso ao resultado do exame de baciloscopia de escarro em sete dias e à existência de sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB. A articulação dos serviços de saúde de AB com outros níveis de atenção apresentou desempenho insatisfatório. No que se refere ao componente processo, a discussão conjunta com o doente quanto a forma de realização de seu acompanhamento obteve desempenho insatisfatório, já a oferta de Tratamento Diretamente Observado no domicílio foi classificada como satisfatório. A realização mínima de baciloscopia bimensal de escarro para o controle do tratamento da TB obteve resultado insatisfatório. A contra-referência das informações alcançou desempenho crítico. Na classificação dos serviços, apenas o serviço de saúde C alcançou desempenho satisfatório, com média 84,2 e IC=[63,1 ; 105,0]. Por meio destes resultados, notam-se deficiências tanto na organização dos serviços de saúde quanto no processo de trabalho dos profissionais, os quais se pautam no modelo curativista, elucidando o caráter fragmentado das ações de controle da TB e o reconhecimento apenas do biológico e da cura como objeto de trabalho.

Palavras-chaves: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Avaliação dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

SILVA, D. M. **Tuberculosis treatment in Basic Attention: evaluation of structure and process of health services.** 2013. 90f. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2013.

The study had as objective to evaluate the structure and the service process of Basic Attention (BA) for the treatment of tuberculosis in a port city of Paraíba. This is an epidemiological study, descriptive, of inquiry type, of quantitative approach, which adopted as methodological axis the components of evaluation of health services, structure and process. Participated in the study 117 professionals in 18 Family Health Units of the city, interviewed by means of a structured instrument, elaborated, adapted, and validated by the Operating Study Group in Tuberculosis of the Brazilian Network of Research in Tuberculosis, containing indicators of performance evaluations of health professionals in monitoring cases of TB in the context of Primary health Attention. Data analysis was carried out through the distribution of absolute/relative frequency and the construction of indicators, using proportions, to classify the performance of variables, in order to evaluate which variable would be interfering in the negative evaluation of services, and through averages and confidence intervals for the classification of health services. Regarding the component structure, human resource item, the involvement of staff or other health professionals in the treatment of sick people with TB showed to be unsatisfactory, as well as the realization of training, both Tuberculosis Control Program of the city as by the health services, for minimal service staff. Regarding the item physical resources, the availability of transportation tickets achieved a critical performance, differing from the basic food basket that showed to be unsatisfactory. The availability of supplies/equipment by health units for TB control and medicines for TB showed satisfactory performance. Regarding the item service organization, the conduction of discussions of tuberculosis cases between health professionals showed unsatisfactory performance. Both access to the consultation within 24 hours, as well as the guidance for TB patients in relation for the search for attendance out of the date set if they need, showed satisfactory performance. The attendance for the demand of TB services by laboratories proved critical, this classification is achieved by variables relating to the access to the test result sputum bacilloscopy in seven days and the existence computerized system containing information about the TB patient. The articulation of health services of TB with other levels showed unsatisfactory performance. With regard to the component process, the joint discussion with the patient as the way of realization of their accompaniment obtained unsatisfactory performance, since the offer of Directly Observed Treatment at home was classified as satisfactory. The minimum realization of bimonthly sputum bacilloscopy for the control of TB treatment obtained unsatisfactory result. The counter-reference of information achieved critical performance. In the classification of services, only health service C achieved satisfactory performance, averaging 84,2 and IC= [63,1; 105,0]. Through these results, it is notes deficiencies in both organization of health services and in the process of the work of professionals, which are guided on the curative model, elucidating the fragmented character of control actions of TB and recognizing only the biological and the healing as object of study.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Attention. Evaluation of Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	O sistema de serviços de saúde (componentes de avaliação da qualidade dos serviços de saúde).....	35
------------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Variáveis de desempenho dos serviços de Atenção Básica no tratamento da tuberculose, segundo os componentes avaliativos dos serviços de saúde.....	44
------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Indicadores de cura, abandono e óbitos dos casos de tuberculose notificados em Cabedelo, no período de 2008 a 2011.....	37
Tabela 2.	Distribuição das categorias profissionais nas unidades de saúde, Cabedelo, 2011.....	40
Tabela 3.	Interpretação dos resultados obtidos para os componentes avaliativos. e variáveis.....	45
Tabela 4.	Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (recursos humanos) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.....	48
Tabela 5.	Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (recursos físicos) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.....	49
Tabela 6.	Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (organização do serviço) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.....	50
Tabela 7.	Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes a atenção proporcionada (desempenho) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.....	51
Tabela 8.	“Classificação” dos Serviços de Saúde da Atenção Básica de Cabedelo, segundo os componentes estrutura e processo, 2011.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEOTB	Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IC	Intervalo de Confiança
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LACEN	Laboratório Central de saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
REDE TB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
1 Considerações iniciais.....	17
1.1 Delineamento do Objeto de Estudo.....	18
1.2 Organização da rede de cuidado na atenção aos casos de Tuberculose.....	21
2 Objetivos.....	26
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3 Marco teórico.....	28
3.1 Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária.....	29
4 Materiais e Método.....	33
4.1 Delineamento do estudo.....	34
4.2 Referencial metodológico.....	34
4.3 Local de estudo.....	35
4.3.1 Descrição do sistema de saúde do município de Cabedelo.....	36
4.3.2 Atenção à tuberculose no município de Cabedelo.....	36
4.4 População de estudo.....	39
4.4.1 Amostra.....	40
4.5 Coleta de dados.....	41
4.5.1 Procedimentos de coleta de dados.....	41
4.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	42
4.5.3 Variáveis do estudo.....	44
4.6 Análise dos dados.....	45
4.7 Aspectos éticos.....	46
5 Resultados.....	47
5.1 Caracterização da população de estudo.....	48
5.2 Classificação do desempenho das variáveis do componente estrutura.....	48
5.3 Classificação do desempenho das variáveis do componente processo.....	50
5.4 Classificação dos serviços de saúde segundo variáveis do componente estrutura e processo.....	51
6 Discussão.....	53
7 Considerações finais.....	67
8 Referências.....	70
Anexos.....	81

Apresentação

Este estudo insere-se no projeto multicêntrico intitulado “Estratégia DOTS no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da região sul, sudeste e nordeste do Brasil”, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/ SCTIE/DECIT, Edital nº 14/2010) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Com o propósito de fomentar a produção de conhecimento interdisciplinar na atenção à tuberculose (TB), o GEOTB congrega pesquisadores oriundos de diversas instituições de ensino superior no Brasil e profissionais da saúde que atuam nas áreas assistenciais e de gestão de serviços. A partir de abordagens quantitativa e qualitativa, o grupo tem se dedicado ao desenvolvimento de pesquisas operacionais que contemplam a avaliação dos serviços de saúde (SS) no controle da TB, sobretudo com enfoque na dimensão da organização e desempenho dos SS em diferentes regiões do país. Utiliza como referencial teórico-metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Estrutura-Processo-Resultado proposta por Donabedian (1996), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004) e Hartz (2006), considerando os diferentes modelos de atenção a saúde (Atenção Básica ou Serviços Especializados).

Na Paraíba um subprojeto vem sendo desenvolvido em municípios da região metropolitana de João Pessoa e encontra-se sob a coordenação de pesquisadores do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba- Grupo TB/PB, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

A proposta desta dissertação foi avaliar a estrutura e o processo dos serviços de Atenção Básica (AB) para o tratamento da TB em Cabedelo-PB, município da região metropolitana da Paraíba.

1 Considerações Iniciais

1.1 Delineamento do Objeto de Estudo

O percurso histórico da Tuberculose (TB) comprova que os avanços tecnológicos relacionados à descoberta de medidas preventivas e terapia medicamentosa para a cura, ocorridos no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e representação social da doença. Porém, oponente aos avanços obtidos, a TB destaca-se neste milênio como a doença que mais mata no mundo, encontrando-se em franca expansão predominantemente nos países de baixa visibilidade social, entre os segmentos populares mais empobrecidos (SANTOS et al, 2005). Sua ocorrência encontra-se diretamente relacionada ao modo como se organizam os processos de produção e organização social, assim como à implementação de políticas de controle da doença (RUFFINO-NETTO, 2002).

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de incidência da TB vem diminuindo desde 2002 em 1,3% ao ano. No entanto, estima-se que entre 2002 e 2020, mais de 150 milhões de pessoas ficarão doentes e 36 milhões morrerão de TB se não houver controle efetivo. A OMS estimou ainda, no ano de 2010, a ocorrência de 8,8 milhões de casos de TB no mundo, sendo 1,1 milhões de mortes entre pessoas com HIV negativo e 0,35 milhões de óbitos em coinfectados TB/HIV. Dados preocupantes, levando-se em consideração, ainda, os problemas de subnotificação e sub-diagnóstico (WHO, 2011).

Dos casos notificados de TB em 2010, estima-se que 81% estão concentrados em 22 países, sendo os cinco primeiros a Índia (um quarto dos casos), China, África do Sul, Indonésia e Paquistão. O Brasil, apesar da redução recente do número de casos, encontra-se também nesse quadro, ocupando a 19ª posição em números de casos bacilíferos (WHO, 2011). Neste mesmo ano, foram notificados no país 71 mil casos novos de TB, com uma incidência estimada de 37,9 casos por 100.000 habitantes e prevalência de 50 casos por 100.000 habitantes, sendo que 10% do total correspondem a coinfectados pelo HIV. Dentre os estados que apresentam maiores taxas de coinfecção, encontram-se Santa Catarina (21,1%) e Rio Grande do Sul (20,6%). A TB foi ainda a terceira causa de mortalidade por doenças infecciosas, com 4,8 mil óbitos por ano (BRASIL, 2011).

O Estado da Paraíba notificou em 2010, 1.065 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 28,3/100.000 habitantes, com percentual de coinfecção com HIV de 7,2%. Nota-se que, nos últimos 10 anos, a taxa de incidência vem apresentando tendência de queda, assemelhando-se aos dados nacionais. Quanto à taxa de mortalidade, em 2009, o estado apresentou 2,1/100.000 habitantes. No mesmo período, avaliando o encerramento dos casos, obteve-se 63,4% de cura e 8% de abandono entre os casos novos de TB, o que contraria

ainda os percentuais recomendados pela OMS, de 85% de cura e 5% de abandono. Em 2010, dos casos novos de TB, 42,2% realizaram o Tratamento Diretamente Observado (TDO), sendo oferecido o teste anti-HIV para 66,8% desses (BRASIL, 2011a).

Dos 223 municípios que compõe o Estado da Paraíba, onze foram eleitos pelo Ministério da Saúde como prioritários para a operacionalização do Programa de Controla da Tuberculose: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos, Cajazeiras, Cabedelo, Sapé, Sousa, Pombal e Guarabira (LIMA, 2010).

Em Cabedelo, município selecionado para realização deste estudo, foram notificados em 2010, 31 casos de TB, com uma taxa de incidência de 46,59/100.000 e co-infecção com HIV de 13,3%. Ainda nesse período, obtiveram-se 74,2% de cura, 19,4% de abandono, 6,5% de óbitos (SINAN, 2012).

Há evidências de que a permanência da TB no território nacional reflete o estágio de desenvolvimento social do país, cujos determinantes do estado de pobreza, a fragilidade das organizações dos serviços de saúde e as deficiências quanti-qualitativas da gestão limitam as ações de controle da TB (OLIVEIRA et al, 2009; SILVA JR, 2004).

No aspecto organizacional, a produção do cuidado direcionada aos casos de TB é diretamente influenciada pelo modo como se organiza a rede de serviços de atenção à saúde. Segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde Brasileiro – em conformidade com o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) e a Política Nacional da Atenção Básica, pressupõe-se que a atenção aos casos de TB estruture-se tendo a Saúde da Família como centro ordenador e integrador da rede de serviços de saúde (GIOVANELLA et al, 2009; BRASIL, 2006). Reconhece-se, ainda, a importância da atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), como espaço legítimo para implementação de ações de vigilância, prevenção e controle da doença.

No entanto, observa-se descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para os serviços da APS e a capacidade de resposta das equipes para o manejo da doença. Embora venha sendo intensificada a descentralização das ações de diagnóstico e tratamento constata-se que os serviços da APS não se constituem como porta de entrada dos casos de TB. O esclarecimento diagnóstico é feito tardiamente, cabendo aos ambulatorios especializados a oferta de ações de detecção de casos e tratamento (SCATENA et al, 2009; FIGUEIREDO et al, 2009).

Apesar da relevância da temática, poucos estudos nacionais e internacionais focam a avaliação do desempenho dos serviços de saúde para a atenção ao tratamento de casos da TB. Os estudos, em sua grande maioria, voltam-se para a avaliação da eficácia de antigos e novos

métodos diagnósticos (BRADLEY; REED; CATANZARO, 1996; COHEN et al, 1998; ARLAUD et al, 2010), a eficácia de duas estratégias importantes para a detecção de casos - a busca ativa de sintomáticos respiratórios (MUNIZ, 2005; NOGUEIRA, 2007; PINHEIRO et al, 2012) e o controle de comunicantes (ADEYEKUN; EGBAGBE; ONI, 2010; SILVA et al, 2012) e dos fatores que levam ao atraso no diagnóstico da doença (RAO et al, 1999; GREENAWAY et al, 2002; ALTET GÓMEZ et al, 2003; MOSTAZA et al, 2007).

Dentre os aspectos relacionados às dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de APS na atenção ao diagnóstico, identifica-se deficiências de integração e coordenação da rede de serviços de saúde, que envolvem elementos do plano de interação com o paciente/comunidade, dos prestadores de serviço e da política de saúde. Verifica-se baixa capacidade de suspeição; fluxo desordenado e direcionamento dos casos suspeitos para as unidades especializadas; deficiência no sistema de referência e contra-referência; fragmentação e medicalização no processo do cuidado; atuação inexpressiva das equipes na atenção ao domicílio (SÁ et al, 2011; NOGUEIRA et al, 2012; NÓBREGA et al, 2010; TRIGUEIRO et al, 2011; NOGUEIRA et al, 2011; MARCOLINO et al, 2009; SCATENA et al, 2009; SELIG et al, 2004; DÍEZ et al, 2005; SANTOS et al, 2005; YIMER; BJUNE; ALENE, 2005; CAVALCANTI et al, 2006; JAMAL et al, 2007; WANG et al, 2007; CÁCERES; OROZCO, 2008; MENGISTE et al, 2009).

Em estudos, cujo foco volta-se para o desempenho dos serviços na atenção ao tratamento, a avaliação fica em torno de indicadores de resultados, como a taxa de cura e de abandono. Logo, optou-se por avaliar o desempenho dos serviços de AB para o tratamento da TB a partir de indicadores de avaliação “estrutura e processo”. A avaliação tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas, reorientar as ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Nesse sentido, nota-se que a avaliação em saúde tem se tornado uma alternativa eficaz para dar respostas a respeito das ações planejadas e executadas, fornecendo informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos sistemas de saúde (SAMICO et al, 2005). No contexto da TB, a avaliação da qualidade dos serviços permite a verificação de dificuldades enfrentadas no controle da doença, tanto no diagnóstico quanto no tratamento, viabilizando o despertar dos gestores e profissionais de saúde para a necessidade de traçar intervenções capazes de modificar o quadro sanitário

apresentado pela doença, alterando assim, os indicadores epidemiológicos desse agravo (SANTOS, 2012; SÁ et al, 2011).

Nesta perspectiva, a investigação será realizada com a participação de parte dos atores implementadores do processo, os profissionais de saúde, pois eles podem expressar adesão ou resistências em relação ao desenvolvimento das ações e implantação de novas estratégias, o que possibilita a realização de ajustes na produção do cuidado (CANESQUI; SPINELLI, 2008; SILVA, CALDEIRA, 2010).

1.2 Organização da rede de cuidado na atenção aos casos de Tuberculose

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde, fundamentada pelos altos índices de incidência e mortalidade existentes, principalmente em países com situação socioeconômicas desfavoráveis, reconheceu a TB como emergência mundial. A escassa priorização na implementação de ações de controle, culminou no surgimento de surtos de TB multirresistentes até mesmo em países desenvolvidos, juntamente com a co-infecção HIV/TB, fator de mudança na história natural da TB (HIJJAR et al, 2005).

Ao deparar-se com tal situação e analisando que precisava de apoio no controle da TB, a OMS criou o programa “*STOP TB*”, o qual reuniu instituições com poder econômico e científico, objetivando reavaliar e criar estratégias para o controle da TB, e torná-la, novamente, um problema de relevância pública (RUFFINO NETTO, 2002). Surge, então, neste período, a estratégia da terapia diretamente observada de curta duração - *Directly Observed Treatment Short Course* - (DOTS), estabelecendo pela primeira vez a padronização de um marco universal, no qual, os países poderiam nortear e desenvolver seus programas nacionais de saúde (BRASIL, 2011b; BARREIRA, ARAKAKI-SANCHEZ, BRITO, 2010; WHO, 1999).

A estratégia DOTS é entendida como um conjunto de práticas que se ancoram em cinco componentes: compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico por meio de exames bacteriológicos de qualidade; fornecimento e gestão eficaz do medicamento; sistema de monitoramento e avaliação ágeis que permitam a análise dos casos, desde sua notificação até seu encerramento, e tratamento padronizado com supervisão da ingesta medicamentosa (BRASIL, 2010).

Este último, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), é um elemento chave desta estratégia, que visa o fortalecimento da adesão do doente ao tratamento e a prevenção do

aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo assim os casos de abandono, mortalidade e aumentando a probabilidade de cura (CRUZ et al, 2012; BRASIL, 2011b).

No contexto nacional, tendo como finalidade o controle da TB, o Ministério da Saúde lançou em 1996 o Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, recomendando a implantação da estratégia DOTS, com fins de controlar a TB. Entretanto, este foi formalmente oficializado apenas três anos depois, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e continua sendo uma das prioridades para que o país atinja a meta de curar, no mínimo, 85% das pessoas acometidas pela doença, diminuindo a taxa de abandono a menos de 5% e assim proporcionando um efetivo controle da doença no país (BRASIL, 2011).

Aliado às recomendações previstas para implantação da estratégia DOTS, o PNCT enfatiza a importância do estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento, integrada à APS, visando horizontalizar as atividades de vigilância, prevenção e controle da doença, pela incorporação das mesmas às atribuições das equipes da ESF. Ressalta-se que, no Brasil, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, houve a renovação da concepção de APS para uma abordagem mais abrangente, uma vez que se encontrava, até então, seletiva e de baixa qualidade, passando-se a usar o termo atenção básica em saúde, a qual perpassa por ações de caráter individual e coletiva, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, todos situados no primeiro nível de atenção (GIOVANELLA et al, 2009).

Esta modalidade de atenção constitui-se a principal porta de entrada para rede de serviços de saúde e ponto regular de contato na busca e obtenção de cuidados. Dispõem de recursos de baixa densidade tecnológica e devem atuar com equipes generalistas na lógica da vigilância da saúde (oferta/demanda/necessidades e problemas), contemplando território, condições, modos de vida e integralidade (PAIM, 2008) e devem cumprir três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização. A função de resolubilidade significa que deve ser resolutiva, capacitada cognitivamente e tecnologicamente, para solucionar mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício do centro de comunicação dos sistemas de saúde, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes níveis de atenção. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos micro-territórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela (MENDES, 2009).

O trabalho na rede básica é um dos mais complexos na medida em que, para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e a aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos (NARVAI; PEDRO, 2008). Este nível de atenção, quando bem organizado, constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo. Neste contexto, os serviços de AB passam a ter um caráter coletivo e implica em ofertar ações de promoção à saúde e prevenção, além de atenção curativa e de reabilitação (MENDES, 1996; CUNHA; CAVALCANTE; COSTA, 2012; BRASIL, 2008).

Na atenção a TB, no que concerne à descentralização das ações de controle da doença para os serviços da AB, merecem destaque dois pontos fundamentais e estruturantes para o bom desempenho das equipes. O primeiro relaciona-se à organização da rede de serviços à “meso-gestão”. Refere-se às formas de organizar os sistemas de saúde, de modo a atender às demandas por serviços e às necessidades de saúde. O segundo relaciona-se à capacidade de interação com o doente à “micro-gestão”. Estes elementos são descritos como “componentes estruturais” que podem ser utilizados para criar ou redesenhar um sistema de saúde capaz de gerir com maior eficácia os problemas de saúde de longo prazo (WHO, 2002).

Do ponto de vista da meso-gestão, são necessários mecanismos que garantam articulação das ações entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais (compromisso político para o fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; fornecimento e gestão eficaz do medicamento, retaguarda e agilidade no fluxo laboratorial, logística, eficiente comunicação entre os diferentes pontos do sistema, provisão de insumos, sistema de informação em rede). Quanto ao componente da “micro gestão” implica na ampliação da capacidade técnica dos profissionais e conseqüente empoderamento de suas funções e competências frente aos casos de tuberculose (WHO, 2002). Envolve uma dimensão técnica dos serviços que focaliza sua adequação às necessidades dos clientes e a qualidade dos serviços; uma dimensão voltada para as relações interpessoais que observa a interação psicológica e social entre os clientes e os produtores de cuidados, no apoio aos pacientes e na satisfação destes e finalmente uma dimensão organizacional do processo que diz respeito à acessibilidade aos serviços e à extensão de cobertura dos serviços oferecidos (CARDOZO GONZALES et al, 2008).

Considerando o manejo dos casos em tratamento de TB, pressupõe-se atenção continuada, atributo relevante do cuidado em diferentes níveis: seja na relação entre usuário e equipe, entre funcionários de uma determinada especialidade ou entre especialistas e

organizações, níveis ou setores do cuidado (BOERMA, 2006). O TDO, potencialmente capaz de assegurar a continuidade do cuidado, alia-se a uma abordagem terapêutica, centrada no indivíduo, que visa aproximar o profissional de saúde da realidade do indivíduo e de sua família. O TDO, portanto, vai além da vigilância isolada da tomada das medicações, pois traz uma maior responsabilidade aos profissionais para o seguimento terapêutico, tanto no cenário do domicílio, quanto dos serviços de saúde, ao incluir a necessidade de fortalecimento do vínculo e a confiança do doente com a equipe de profissionais e com o serviço, e facilita as ações de educação em saúde do paciente e de seus contatos (VILLA et al, 2012).

Estudos realizados em diversas regiões do Brasil mostram que o TDO constitui-se como um momento oportuno para o doente estabelecer vínculo, fortalecer a comunicação, compartilhar saberes e angústias, problemas e necessidades e esclarecer dúvidas, permitindo, desta forma, a ampliação do foco terapêutico para além do diagnóstico médico e o tratamento (QUEIROZ et al, 2012; TERRA, BERTOLOZZI, 2008). Adicionalmente, ressalta-se que incentivos financeiros, consultas agendadas avisadas, visitas domiciliares, apoio de serviço social e oferta de cestas básicas podem melhorar o término do tratamento (VOLMINK; GARNER, 1997; CHAULK; KAZANDJIAN, 1998; CHAULK; GRADY, 2000; VOLMINK, MATCHABA; GARNER, 2000).

A escolha da modalidade do TDO a ser adotada deve ser decidida conjuntamente entre a equipe de saúde e o paciente, considerando o contexto biopsicossocial em que o doente se insere, a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente (QUEIROZ et al, 2012; ASSIS et al, 2012). Devem ser consideradas as seguintes modalidades de supervisão: *domiciliar*, por meio da observação realizada na residência do doente ou em local por ele solicitado; na *Unidade de Saúde* por meio da observação em Unidades de ESF, Serviços de atendimento de HIV/Aids ou Hospitais; *sistema prisional*, pela observação da ingesta medicamentosa neste local; *modalidade compartilhada*, quando o doente recebe a consulta médica em uma dada Unidade de Saúde, contudo faz o TDO em outra mais próxima do domicílio ou trabalho (BRASIL, 2010).

O TDO consiste ainda na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob a supervisão de um profissional de saúde (enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou agente comunitário). Contudo, vale ressaltar que a Unidade de Saúde pode identificar líderes comunitários ou responsáveis familiares que auxiliem nessa supervisão (DIMECH, 2010). Para fins operacionais recomenda-se que, ao final do tratamento, o doente deverá ter tido no mínimo vinte e quatro ingestas medicamentosas diretamente observadas na fase de ataque (dois primeiros meses) e quarenta e oito na fase de manutenção. Entretanto, deve ser dada

atenção especial para a supervisão do tratamento de doentes com diagnóstico de TB, prioritariamente os bacilíferos, nas situações de etilismo; casos de retratamento após abandono; moradores em situação de rua; doentes em privação de liberdade e institucionalizados (de longa permanência e psiquiátricos) (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o TDO é uma política de controle da TB, a qual contribui para a cura da doença e permite avaliar o modo como esta perpassa as esferas do cuidado (BRASIL, 2010). Assim, no contexto da APS, envolve o acesso à prestação de serviços (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo da atenção) (STARFIELD, 2002).

Inferese dessa forma, que um bom desempenho na execução do TDO depende da garantia de uma estrutura mínima para a atuação das equipes de saúde e da integração dos esforços entre os diferentes atores no controle da TB, tendo como finalidade a otimização de recursos e o desempenho profissional consciente. Nota-se então, a relevância de se avaliar a estrutura e o processo dos serviços de AB, uma vez que perpassa todos os aspectos ligados a capacidade dos sistemas de serviços de saúde, bem como a adequação da prestação de serviço às necessidades da comunidade.

Portanto, valorizar a avaliação como ferramenta para identificar e localizar problemas relacionados à oferta e ao manejo dos casos; equidade no acesso; de integração dos serviços; possíveis dissonâncias e carências de treinamento e construção de competências reveste de importância a realização desse tipo de estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a estrutura e o processo dos serviços de Atenção Básica (AB) para o tratamento da tuberculose em município portuário da Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais para o tratamento e controle da TB nas unidades de atenção primária à saúde;
- Analisar a estrutura dos serviços de AB para o tratamento da TB;
- Analisar a atenção proporcionada pelos serviços de AB para o tratamento da TB;
- Analisar a relação entre a estrutura e a atenção proporcionada pelos serviços de AB para o tratamento da TB.

3 Marco Teórico

3.1 Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária

O termo avaliação vem do latim *valere* e refere-se a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto. Tal conceito se baseia na ideia de que avaliar consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor, com base em critérios previamente definidos, valendo-se de instrumentos e referências a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamentos diferentes, posicionarem-se e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação, objetivando ajudar na tomada de decisão, no enfrentamento do problema, bem como na sua resolução (FURTADO, 2009; CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA; MELO, 2001; HARTZ, 1997).

Nesse contexto, a avaliação em saúde se configura como um instrumento central para a implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, especialmente se avaliada com participação da sociedade no controle das ações governamentais (TANAKA; TAMAKI, 2012). Conforme apontam alguns autores, avaliar se constitui como uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS, mostrando-se como uma oportunidade para os diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social (SILVA; CALDEIRA, 2010; TAKEDA; TALBOT, 2006; NOVAES, 2004).

De acordo com Sisson et al (2010), a avaliação de programas e serviços de saúde busca melhorar a execução dos mesmos, através do incremento da sua efetividade e sua eficiência, e/ou proporcionar elementos para decidir se este deve continuar ou pode ser reproduzido. A avaliação também deve ser capaz de gerar informações necessárias para distribuir melhor a infraestrutura e os recursos disponíveis entre as atividades já empreendidas, ou entre as que se pretende desenvolver mais para frente, e para tomar decisões dentro do ciclo de planejamento, desenvolvimento, implantação e operacionalização do programa no futuro.

Contudo, o desenvolvimento de um processo que enfatiza aprendizado e mudanças, em vez de apenas a formulação de um julgamento de valor em bom ou mau, constitui-se o verdadeiro desafio em avaliação (TAKEDA; TALBOT, 2006).

Nesse sentido, avaliar a qualidade dos serviços de APS torna-se um desafio cada vez maior, uma vez que vai de encontro à complexidade que esses serviços experimentam, na medida em que devem adequar-se às necessidades da população, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar, considerando o contexto

ampliado de saúde e seus determinantes, além de trabalhar com diversos atores e setores (NOGUEIRA et al, 2011; FIGUEIREDO et al, 2009).

Estudos apontam que, no Brasil, a avaliação em saúde ainda apresenta-se incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (FIGUEIREDO et al, 2009; FELISBERTO, 2006). Todavia, esses mesmos autores acrescentam que, apesar de pontuais, diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil, defendendo que o ato de avaliar só agrega valor, quando o conhecimento e o uso de informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional.

Em vista disso, a capacidade da avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde, confronta-se com essa complexidade do campo, caracterizado pelos múltiplos fatores que influenciam o processo saúde-doença, o que faz a sua construção ser revestida de características e se pautar em princípios próprios para produzir os resultados esperados na saúde da população (MATIDA; CAMACHO, 2004; MOURA et al, 2010). Nessa linha de pensamento, Garcia (2011) acrescenta que o conceito de qualidade, particularmente na Atenção Primária, visualiza-se como uma estratégia que envolve mais do que a prevenção e o manejo enfocados na doença, sendo inerentemente orientada para a pessoa e a complexidade de atenção demandada por ela.

Ademais, o termo “qualidade”, quando se remete a serviços de saúde, vem sendo utilizado em um sentido mais amplo, no intuito de refletir não apenas a qualidade da atenção, mas também a satisfação dos profissionais que atuam no serviço, os custos da atenção, a qualificação (capacitação) dos recursos humanos, a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços, além da segurança e aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 1980).

Nessa perspectiva, Starfield (2002) considera, a partir dessa visão ampliada, três componentes relevantes nas abordagens para avaliação da qualidade dos serviços de APS, sendo estes a estrutura (capacidade), o processo (desempenho) e o resultado.

O componente estrutura propicia a prestação dos serviços, compreendendo a adequação dos recursos para a oferta de atenção clínica, a qual envolve todos os aspectos ligados a capacidade dos sistemas de serviços de saúde, como quantitativo de pessoal

adequadamente treinado, instalações e equipamentos, variedade de serviços, organização desses serviços, gerenciamento, acessibilidade, financiamento, administração e delineamento da população eletiva para receber os serviços (STARFIELD, 2002).

O processo (desempenho) aborda a adequação da prestação de serviço às necessidades da comunidade, ou seja, a oferta da atenção, favorecendo, com isso, o reconhecimento do problema, e como consequência disto a realização de outras ações, como a formulação de diagnósticos, instituição de intervenções terapêuticas (tratamento ou manejo) e a reavaliação do problema, considerando as características culturais e comportamentais e o recebimento da atenção (utilização, aceitação, satisfação, entendimento e concordância), em que o usuário decide se e quando usar o sistema de saúde e se irá optar por participar ativamente do processo (STARFIELD, 2002).

O resultado refere-se aos diferentes estados de saúde decorrentes de seu processo de atenção, avaliando seu impacto e considerando o ambiente social, político, econômico e físico (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 1980). Ressalta-se que cada um desses componentes possui determinadas características que diferem de acordo com os lugares e épocas, além de interagirem com o comportamento individual, sendo determinados tanto por ele, como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de saúde existe (STARFIELD, 2002).

Para Tanaka e Melo (2001) a avaliação da qualidade dos serviços de saúde baseada no referencial teórico dos componentes Estrutura-Processo-Resultado (E-P-R), favorece a participação ativa dos usuários, uma vez que se apresentam interdependentes, abertos e permeáveis a estes que fazem parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciados pelos mesmos, e por sua vez, trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato.

Ao se considerar as peculiaridades existentes no processo de avaliação de serviços de saúde, especialmente dos serviços de APS, alguns autores sugerem que esta ação se inicie pelas atividades que já estão sendo desenvolvidas pelos serviços, de preferência, iniciar por um aspecto relevante e pontual do que deve ser avaliado. Em seguida, deve-se realizar a avaliação do Processo ou das atividades desenvolvidas baseadas em padrões, e só então se pode desenvolver a avaliação da Estrutura e do Resultado (SERAPIONE, 2009; MATIDA; CAMACHO, 2004; TANAKA; MELO, 2001).

Tanaka e Melo (2001) enfatizam que ao se iniciar a avaliação pelo componente Processo, ou seja, pelo núcleo de atividades essenciais que caracterizam o serviço, a análise do julgamento dos indicadores de Estrutura (condições e recursos existentes) e de Resultado

(modificações obtidas na clientela) obterá maior utilidade na tomada de decisões e no desenvolvimento de aprendizado e mudanças.

Entretanto, os critérios utilizados para caracterizar um serviço de saúde de qualidade não são definitivos ou absolutos, uma vez que a evolução do conhecimento e a dinâmica social exigem, continuamente, mudança e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços. Soma-se a essa afirmação, o fato de que essa classificação em “bom ou ruim” depende também de situações muito particulares em que se dar o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, ao se comparar a outros em condições semelhantes, em uma dada realidade (TANAKA;TAMAKI, 2012; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Nessa direção, pressupõe-se que a avaliação é um instrumento importante para a tomada de decisões, e conseqüentemente, para a melhoria das intervenções em saúde, tendo como objetivo final a prestação de um serviço de qualidade aos usuários do sistema.

4 Materiais e Métodos

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, tipo inquérito, de abordagem quantitativa.

4.2 Referencial metodológico

Com o intuito de analisar o desempenho dos serviços de AB para o tratamento da TB, elegeu-se como eixo os componentes **estrutura (capacidade)** e **processo (atenção proporcionada)**, com base no referencial teórico – metodológico de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Starfield (2002) e Donabedian (1980).

Destaca-se que a avaliação dos serviços de saúde proporciona melhorias na qualidade da tomada de decisão, uma vez que favorece a elaboração de julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, visando não somente medir seus efeitos e os meios pelos quais foram obtidos, constituindo-se, assim, como instrumento importante e necessário para o monitoramento contínuo das ações de saúde e para o redirecionamento e/ou redefinição de estratégias (HARTZ, 1997; HARTZ, 2006, NOVAES, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Dessa forma, no campo da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, três componentes são destacados: estrutura-processo-resultado. A **estrutura (ou capacidade)** corresponde aos recursos necessários que propiciam a oferta de serviços (recursos físicos, recursos humanos e fontes para a manutenção da infraestrutura e tecnologias existentes para a execução dos serviços), o **processo (ou desempenho)** diz respeito ao conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, sejam por parte dos profissionais de saúde que ofertam a atenção (atenção proporcionada), ou àquelas que representam atividades da população (atenção recebida) e o **resultado**, que se refere às mudanças verificadas, estejam estas relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos, ou a mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços. No entanto, ressalta-se a que esses componentes interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico referentes ao local em que o sistema de serviços de saúde existe (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

Nesse sentido, para este estudo, foram enfocados os *elementos estruturais*: pessoal (recursos humanos), instalações e equipamentos (recursos físicos) e organização de serviços, e o *elemento processual* manejo dos casos (tratamento), da oferta da atenção, de acordo com a figura 1.

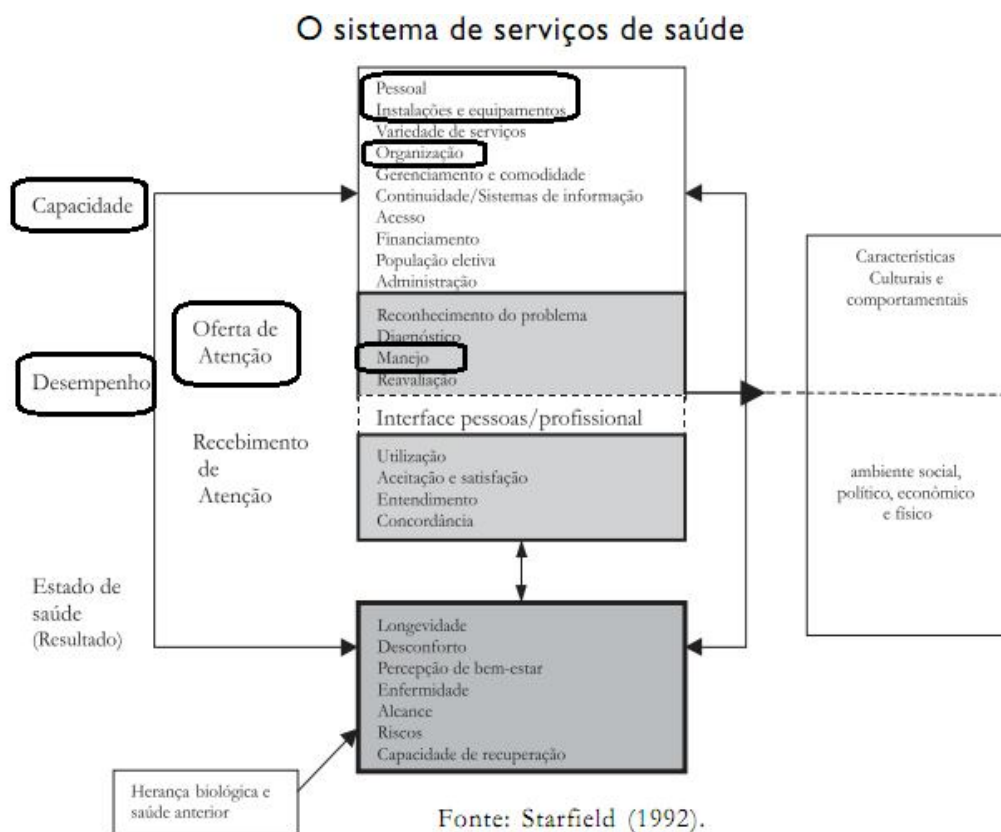


Figura 1. O sistema de serviços de saúde (componentes de avaliação da qualidade dos serviços de saúde).

O elemento estrutural *pessoal* (*recursos humanos*) envolve todos os atores envolvidos na prestação do serviço, considerando sua educação e treinamento. O elemento *instalações e equipamentos* (*recursos físicos*) inclui, além dos componentes físicos, elementos essenciais para o diagnóstico e tratamento. A *organização de serviços* abrange o processo de trabalho e os mecanismos utilizados para a prestação de serviços. Já o elemento do processo, *manejo dos casos* (*tratamento*) compreende a atenção proporcionada pelos profissionais e serviços de saúde durante o tratamento do agravo (STARFIELD, 2002).

4.3 Local de estudo

Este estudo foi realizado no município de Cabedelo, cidade portuária pertencente à região metropolitana de João Pessoa - Paraíba, considerado prioritário para o controle da TB no Estado – com população estimada de 57.926 habitantes, todos residentes em área urbana,

com um PIB per capita médio de R\$ 9.760,00. O município possui uma área territorial de 31,42 km², dividida em três distritos locais (IBGE, 2010). A característica portuária do município traz atrelada a si vulnerabilidades, como a prostituição e, conseqüentemente, as doenças sexualmente transmissíveis, destacando-se neste contexto a Aids, haja vista sua relevância na co-infecção TB/HIV (SÁ et al, 2012).

4.3.1 Descrição do sistema de saúde do município de Cabedelo

A rede de Atenção Básica do município organiza-se em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por 19 equipes de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de 85%, não existindo unidades de saúde integradas, nem divisão por Distritos Sanitários. O grau de institucionalização das ESF encontra-se consolidada, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde da cidade (CABEDELLO, 2011).

As equipes mínimas de saúde da USF são compostas por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, odontólogos, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório dentário, inserindo-se também neste cenário outras categorias profissionais como, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, avaliadores físicos, agente de defesa ambiental e assistentes sociais, totalizando 319 profissionais atuantes nesse nível de atenção (CABEDELLO, 2011).

Além das USF, o município conta com 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD - com 21 profissionais e CAPS I – com 18 profissionais); 01 Centro Especializado de Odontologia (CEO) que alberga 24 profissionais; 01 Policlínica, 01 Hospital Geral (Hospital Municipal Padre Alfredo Barbosa) que possui 312 profissionais, estando o mesmo sob gestão municipal, 01 Laboratório Central de saúde Pública (LACEN) com 04 profissionais, 01 Centro Municipal de Fisioterapia, 01 Farmácia Central e 02 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de dispor do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e de um Centro Municipal de Referência em Saúde. De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui 30 estabelecimentos responsáveis pelas ações em saúde (BRASIL, 2011c).

4.3.2 Atenção à tuberculose no município de Cabedelo

O município de Cabedelo, município prioritário para o controle da TB na Paraíba, notificou, no ano de 2010, 31 casos de TB, com uma taxa de incidência de 46,59/100.000 e co-infecção com HIV de 13,3%. Em relação ao desfecho do tratamento, tem-se observado

esforço para alcançar as metas estabelecidas pela OMS (85% de cura e 5% de abandono), haja vista os indicadores alarmantes obtidos também em 2010, com 74,2% de cura, 19,4% de abandono, 6,5% de óbitos (SINAN, 2012). Os melhores indicadores apresentam-se no ano de 2009 (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de cura, abandono e óbitos dos casos de tuberculose notificados em Cabedelo, no período de 2008 a 2011.

Ano de notificação	Casos N	Indicadores					
		Cura		Abandono		Óbito por TB	
		n	%	n	%	n	%
2008	26	10	38,5	2	7,7	1	3,8
2009	25	23	92,0	1	4,0	1	4,0
2010	31	23	74,2	6	19,4	2	6,5
2011	29	15	51,7	1	3,4	1	3,4

Fonte: Sinan, 2012.

No decorrer dos anos, a atenção aos doentes de TB no município era predominantemente realizada de forma centralizada pela equipe do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), inserida no Ambulatório do Hospital Doutor Clementino Fraga, localizado na capital do estado, João Pessoa, o qual era responsável pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos (SÁ et al, 2012).

A partir de 2001, com a descentralização efetiva das ações de TB para a rede básica e a necessidade de expansão do TDO para todos os doentes de TB, mediante pactuação entre as instâncias estadual e municipal para a descentralização das ações de TB, iniciou-se o processo de desconcentração da dose supervisionada para as USF. Tal iniciativa, além de ampliar as ações da AB, também propiciou o redirecionamento do fluxo de atendimento do doente de TB, transferindo gradativamente a atenção do serviço de atenção especializada para as USF (SÁ et al, 2011).

Atualmente, a busca de sintomáticos respiratórios, o diagnóstico, o acompanhamento clínico-terapêutico, o TDO e o controle dos comunicantes são de competência das referidas unidades, juntamente com o PCT municipal (SÁ et al, 2012).

Em relação ao diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB, as USF dispõem de insumos necessários para realização do exame de baciloscopia de escarro e solicitação de exames complementares, tais como pote de escarro, formulários para solicitação de cultura, de baciloscopia e de exame HIV, além das fichas de referência e contra-referência (SÁ et al, 2012).

Entretanto, nem sempre realizam o procedimento de coleta nas dependências da unidade, por não contarem com recursos disponíveis para armazenamento do material coletado (geladeira ou isopor). Nestes casos os profissionais orientam os usuários quanto à realização da coleta de escarro, deixando os mesmos responsáveis pela entrega do material no início da manhã na USF (ou, em raros casos, no próprio laboratório responsável pela análise do material). A equipe de saúde da unidade entra em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual é responsável por acionar o motorista da prefeitura que conduzirá o material até o laboratório central. Caso o usuário entregue o material após o horário de funcionamento do laboratório, o armazenamento fica condicionado à capacidade estrutural da unidade.

Em casos em que não seja possível o acondicionamento correto do material na unidade ou haja suspeitas pelo profissional de saúde de que o mesmo possa ter sofrido alguma alteração devido o acondicionamento inadequado ou “erros” na coleta, despreza-se e solicita-se nova coleta. O processamento e análise do material são realizados pelo Laboratório Central (LACEN), recém-inaugurado no município.

A análise do material é realizada em 24 horas, ficando sob a responsabilidade do próprio usuário o recebimento dos resultados, os quais devem ser entregues à equipe de saúde. Os laboratórios também são orientados a informar, por telefone, às unidades e ao PCT municipal quando o resultado para TB for positivo, acelerando, dessa forma, o início do tratamento.

Exames complementares, a exemplo do Raio-X de Tórax, são solicitados pelo médico, marcados no próprio serviço de saúde, os casos sob investigação epidemiológica são encaminhados para realização do exame no Hospital do município ou Policlínica, caso o usuário prefira esta última opção. O teste de HIV é realizado também no Hospital municipal, embora algumas ESF realizem o teste rápido na própria unidade. O teste tuberculínico para os contatos é realizado apenas no hospital, não sendo solicitados para todos, em grande parte, por resistência dos próprios comunicantes.

Os casos confirmados são acompanhados pela unidade de saúde, porém, muitas vezes, os próprios usuários procuram o ambulatório especializado (PCT) do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, localizado na cidade de João Pessoa-PB ou são encaminhados pela Policlínica.

O tratamento supervisionado dos casos se realiza sob a supervisão, geralmente, do Enfermeiro, profissional este que responde pelas ações de controle de TB na unidade (SÁ et al, 2012). Entretanto, na maioria das vezes, realiza-se sob a supervisão do ACS responsável

pela área em que reside o usuário. A autoadministração da medicação ocorre, principalmente, nos finais de semana e feriados, momentos em que as USF não têm expedientes.

O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no Município de Cabedelo se insere nas ações da Vigilância Epidemiológica, estando sob a responsabilidade de um técnico exclusivo para este agravo. Este suporte técnico oferecido à AB fica também responsável pelas discussões dos casos com a equipe, busca ativa dos faltosos na tomada da medicação, através de contato telefônico e visitas, além da supervisão das ações de TB realizadas pelas ESF.

Atualmente, o número de casos novos é de aproximadamente 31casos/ano (SINAN, 2012), com 100% dos casos descentralizados para o município, reduzindo o fluxo de atendimento no Hospital Clementino Fraga, referência estadual.

Para contribuir com adesão ao tratamento o Município disponibiliza cestas básicas durante nove meses consecutivos, a fim de mantê-lo em tratamento e garantindo-lhes o recebimento da cesta por mais três meses após o término da terapia, proporcionando-lhes uma melhor reabilitação. As USF realizam busca ativa dos casos sintomáticos respiratórios e fazem o diagnóstico da TB Pulmonar através da solicitação da baciloscopia, sendo que os casos de diagnóstico inconclusos são encaminhados a Policlínica Municipal, onde são investigados pelo especialista, ou encaminhados ao Complexo Hospitalar Clementino Fraga.

Destaca-se ainda a falta de qualificação permanente dos profissionais de saúde das USF para o controle da TB, implicando no comprometimento da qualidade da assistência prestada aos portadores desse agravo (SÁ et al, 2012). Tais aspectos se constituem como desafios para o controle da TB no município, tanto em relação à detecção de casos quanto ao acompanhamento do tratamento dos doentes.

4.4 População de estudo

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde das 19 USF do município (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de saúde - ACS). Realizou-se o levantamento do número de profissionais que atuavam nos serviços de saúde de AB em 2011 através do CNES (BRASIL, 2011c). A tabela 1 mostra a distribuição das categorias profissionais participantes do estudo.

Critério de exclusão: profissionais de saúde que trabalhavam em mais de uma USF no município, no intuito de eliminar as duplicações para não superestimar a amostra.

Tabela 2. Distribuição das categorias profissionais nas unidades de saúde, Cabedelo, 2011.

Categoria profissional	USF	PROPORÇÃO
Enfermeiro	19	12,1%
Médico (clínico geral + médico da família)	19	12,1%
Auxiliares/técnicos de enfermagem	23	14,6%
ACS	96	61,2%
TOTAL	157	100%

Fonte: Primária, 2012.

4.4.1 Amostra

Considerando uma população de 157 profissionais, o tamanho da amostra estimada foi calculado admitindo-se que 95% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido P por no máximo 5%. Adotou-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de profissionais foi determinado pela expressão $n^* = (P \times Q) / V(p)$, sendo:

$$V(p) = \left(\frac{0,05}{1,96} \right)^2 = 0,000651 \quad \text{e} \quad n^* = \frac{0,50 \times 0,50}{0,000651} = 384,16$$

O tamanho da amostra n foi corrigido para a população de tamanho $N = 157$.

$$n = \frac{n^*}{1 + (n^* / N)} = \frac{384,16}{1 + (384,16 / 157)} = 112$$

O processo de amostragem foi realizado por partilha proporcional à categoria profissional, resultando em 14 médicos, 14 enfermeiros, 17 auxiliares/técnicos de enfermagem e 69 ACS; e seleção dos sujeitos – as unidades de saúde eram sorteadas e todos os profissionais eram entrevistados. Caso o serviço de saúde sorteado não completasse o número necessário de entrevistados, era realizado um novo sorteio até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido. Nesse sentido, foram entrevistados profissionais das 19 USF do município. Contudo, durante o processo de análise uma USF foi excluída da amostra, uma vez que apenas um profissional participou da pesquisa, sendo este atuante também em outra unidade, incluindo-se no critério de exclusão.

Assim, concordaram em participar do estudo 15 médicos, 16 enfermeiros, 17 auxiliares/técnicos de enfermagem e 69 ACS, totalizando a amostra em 117 profissionais atuantes em 18 USF.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Procedimentos de coleta de dados

Antes de se iniciar o projeto e após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obedecendo à hierarquia, foram contatados previamente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), setor de Atenção Básica e Programa de Controle da Tuberculose (PCT), a fim de apresentar a proposta de pesquisa, como também solicitar a autorização para a realização da pesquisa no município e cooperação dos mesmos para a coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada de julho a dezembro de 2011, constituindo-se de duas etapas:

1ª etapa: LEVANTAMENTO DOS DADOS PRIMÁRIOS - INQUÉRITO

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas aos profissionais de saúde da AB do município selecionados para o estudo, utilizando um instrumento de coleta de dados estruturado contendo indicadores de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no acompanhamento dos casos de TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde. As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio, via telefone ou pessoalmente pelos entrevistadores. As entrevistas foram realizadas nos próprios serviços de saúde, em local que oferecesse privacidade, de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

2ª etapa: LEVANTAMENTO DOS DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Para a caracterização do cenário de estudo e da organização da rede de atenção a TB no município de Cabedelo, foi utilizado um roteiro para a observação de campo dos serviços de saúde (ANEXO 2), onde foram observados: rotinas de exame, equipamentos e insumos, disponibilidade de insumos sociais, sistema de referência e contra-referência, atividades relacionadas ao TDO e o processo de trabalho dentro das unidades, especialmente ligado à TB. Ressalta-se, contudo, que os dados obtidos durante a observação não farão parte dos resultados da análise, mas subsidiarão a descrição do cenário de estudo.

Facilidades:

- Bom relacionamento e cooperação entre os pesquisadores, a equipe PCT e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Departamento de AB);
- Colaboração dos profissionais de saúde para a realização das entrevistas e fornecimento de dados secundários;

- Reuniões periódicas com os pesquisadores para discussões operacionais da coleta de dados;
- Elaboração de relatórios semanais para acompanhamento do andamento da pesquisa.

Dificuldades:

- Difícil acesso aos serviços de saúde (localização, violência e transporte público pouco disponível);
- Dificuldade de resposta em algumas variáveis do questionário pelas categorias profissionais entrevistadas (dirigindo-se, na maioria das vezes, a responsabilidade de “saber responder” à enfermeira da unidade);
- Demanda de atendimentos (os pesquisadores precisavam passar todo o expediente na unidade para conseguir realizar a entrevista);
- Recusa em participar da pesquisa devido à falta de acompanhamento de casos;
- Centralização dos dados dos doentes de TB em tratamento e das ações de controle pelo PCT municipal.

4.5.2 Instrumento de coleta de dados

Para obtenção dos dados, foi elaborado um instrumento estruturado (ANEXO 1) e adaptado aos diferentes cenários de estudo pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), contendo indicadores de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no acompanhamento dos casos de TB no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

Tal instrumento contém 50 questões, segundo escalas variadas de respostas como dicotômicas, de múltipla escolha com resposta única, que contemplam os três componentes de avaliação: estrutura, processo e resultado. O instrumento foi submetido a um pré-teste (teste piloto), subsidiando a revisão e adequação do mesmo. Este instrumento se divide em cinco seções:

I – Identificação da Unidade de Saúde, incluindo as questões: tipo de unidade e horário de funcionamento.

II – Identificação do informante chave, contemplando as questões: formação; função exercida; tempo de atuação.

III – Variáveis sobre a estrutura dos serviços de saúde (AB):

- Recursos humanos, incluindo as questões: profissionais envolvidos com o atendimento aos doentes de TB; capacitação em TB; responsável pelo TDO.
- Recursos físicos, contemplando as questões: disponibilidade de salas para atendimento médico e de enfermagem; disponibilidade de cestas básicas e vale transporte; acesso aos instrumentos de registro; disponibilidade de insumos/equipamentos e medicamentos.
- Organização do serviço, incluindo as questões: atendimento fora do horário comercial; discussão dos casos em tratamento pela equipe; acesso a consultas em prazo de 24 horas; orientação à busca de atendimento fora da data agendada; articulação com outros níveis de atenção; atendimento laboratorial atende a demanda; acesso ao resultado do exame de baciloscopia em até sete dias; existência de sistema informatizado.

IV – Variáveis sobre o processo (atenção proporcionada) nos serviços de saúde (AB):

- Manejo dos casos (tratamento), incluindo as questões: atendimento de outras necessidades de saúde/problemas do doente além da TB; atendimento pelo mesmo profissional; orientação ao doente de TB quanto à doença; discussão conjunta com doente de TB quanto à forma de realização de seu acompanhamento; regularidade no fornecimento do medicamento Antituberculoestático; oferta de TDO no domicílio, unidade de saúde e trabalho; realização de visitas domiciliares; realização rotineira de ações educativas em TB; orientação à realização do exame anti-HIV; solicitação de baciloscopia de controle; local de entrega da baciloscopia de controle; agendamento de consultas médicas mensais de controle; encaminhamento do doente para outros serviços; existência de referência e contra-referência das informações; busca aos faltosos; livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB atualizado.

V – Variáveis sobre o componente ‘resultados’ nos serviços de saúde (AB), contendo questões sobre a cura, abandono, óbitos, doentes acompanhados e realização de TDO.

Os pesquisadores e entrevistadores do estudo, de várias regiões do Brasil, realizaram, por meio de videoconferência, reuniões semanais para a elaboração final do instrumento, o repasse de informações quanto à organização do mesmo, o objetivo de cada variável e a sua adequação a cada cenário de estudo.

Essa etapa proporcionou sanar dúvidas, conhecer melhor cada local de estudo e suas diversidades, aproximar os pesquisadores e entrevistadores, além de favorecer a elaboração de um instrumento de pesquisa contemplando as diferentes realidades.

4.5.3 Variáveis do estudo

Para caracterização das USF e dos profissionais participantes do estudo, utilizaram-se variáveis das sessões identificação da unidade de saúde e identificação do informante chave. As variáveis selecionadas com o intuito de responder os objetivos do estudo correspondem ao componente estrutura (recursos humanos, recursos físicos e organização do serviço) e ao componente processo (atenção proporcionada) (Quadro 1).

Quadro 1. Variáveis de desempenho dos serviços de Atenção Básica no tratamento da tuberculose, segundo os componentes avaliativos dos serviços de saúde.

Componentes avaliativos		Variável
ESTRUTURA	Recursos humanos	Equipe completa de profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB
		Presença de outros profissionais envolvidos com atendimento aos doentes de TB
		Capacitação em TB para pelo menos 1 profissional da equipe de atendimento aos doentes nos Serviços de Saúde da Atenção Básica
		Capacitação para atendimento em TB à equipe mínima de profissionais de saúde (enfermeira, médico, aux/téc de enfermagem, ACS)
		Oferta de capacitação em TB pelo PCT municipal
		Oferta de capacitação em TB pelos serviços de saúde da AB
		Profissional de saúde responsável pelo TDO
	Recursos físicos	Disponibilidade de salas para atendimento médico e de enfermagem
		Disponibilidade de insumos sociais (cestas básicas, vale transporte)
		Acesso à ficha de notificação
		Acesso aos prontuários dos doentes de TB
		Acesso à ficha de acompanhamento mensal
		Acesso à ficha diária de TODO
		Acesso ao livro verde
		Disponibilidade de pote para exame de escarro
		Disponibilidade de pedido de baciloscopia de escarro
		Disponibilidade de pedido de cultura de escarro
		Disponibilidade de pedido de exame HIV
		Disponibilidade de ficha de referência e contra-referência
		Disponibilidade de Antituberculosstáticos
	Organização do serviço	Atendimento fora do horário comercial
		Realização de discussões dos casos de TB entre profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento
		Acesso à consultas em prazo de 24 horas
		Orientação à busca por atendimento fora da data agendada caso necessite
		Articulação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica com outros níveis de atenção
		Atendimento laboratorial aos Serviços de Saúde da Atenção Básica atende a demanda
		Acesso ao resultado do exame de Baciloscopia de escarro em 7 dias
		Existência de sistema informatizado contendo informações sobre doente de TB
PROCESSO	Atenção proporcionada	Orientação ao doente de TB quanto à doença
		Discussão conjunta com doente de TB quanto à forma de realização de seu acompanhamento
		Oferta de TDO no domicílio
		Oferta de TDO no Serviço de Saúde
		Oferta de TDO no trabalho do doente de TB
		Realização mínima de baciloscopia bimensal de escarro para controle do tratamento
		Realização de consulta médica mensal e TDO no mesmo Serviço de Saúde
		Auxílio no agendamento de consultas/exames quando doente de TB é encaminhado a

	outros serviços
	Fornecimento de informações escritas aos doentes encaminhados a outros serviços de saúde
	Existência de contra-referência das informações
	Busca ao doente de TB quando não comparece à consulta
	Busca ao doente de TB quando não realiza TDO
	Livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB atualizado

Fonte: Questionário dos serviços de Atenção Básica no tratamento da tuberculose, 2011.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados, armazenados e processados através do programa *Statistica*, versão 9.0 da Statsoft.

Para caracterizar os profissionais entrevistados e descrever os serviços de AB, utilizou-se a distribuição de frequência absoluta e relativa. A partir dos dados obtidos na entrevista com os profissionais, e com base nos estudos de avaliação de serviços realizados por Samico et al (2005) e Felisberto et al (2002), foram construídos indicadores para a análise do desempenho dos serviços de saúde no tratamento da TB. Esses indicadores foram analisados de acordo com a frequência de cada variável estudada (proporção de respostas) e pela classificação dos serviços de saúde, utilizando média e intervalos de confiança para proporções.

Os serviços de saúde foram classificados segundo valores obtidos dos indicadores: aos valores menores ou iguais a 49,9% foi estipulada a classificação de avaliação crítico, os valores entre 50 e 79,9%, insatisfatório e maiores ou iguais a 80%, satisfatório (tabela 3) (SAMICO et al, 2005; FELISBERTO et al, 2002).

Neste sentido, a análise do desempenho dos serviços de saúde ocorreu em duas etapas: inicialmente, para a classificação do desempenho das variáveis, analisou-se a proporção de resposta de cada variável (dos componentes estrutura e processo) para todo o município, no intuito de avaliar quais as variáveis poderiam estar interferindo na avaliação negativa dos serviços. Na etapa seguinte, realizou-se a classificação dos serviços de saúde, utilizando média e intervalos de confiança para proporções (média total dos componentes estrutura e processo).

Tabela 3. Interpretação dos resultados obtidos para os componentes avaliativos e variáveis.

Componentes avaliativos	Ponto de corte	Interpretação
Estrutura/ Processo (Atenção proporcionada)	$\leq 49,9\%$	Crítico
	50 a 79,9%	Insatisfatório
	$\geq 80\%$	Satisfatório

Fonte: Samico et al (2005) e Felisberto et al (2002).

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde Cabedelo e, posteriormente, submetido e aprovado em 29 de março de 2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), conforme Protocolo nº 069/2011 (ANEXO 3), atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Cada entrevistado participou da pesquisa mediante a aceitação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4), sendo garantido o sigilo das informações e anonimato dos participantes.

5 Resultados

5.1 Caracterização da população de estudo

Dos 117 profissionais entrevistados, 16 eram enfermeiros (13,7%), 15 médicos (12,8%), 17 (14,5%) auxiliares/técnicos de enfermagem e 69 (59,0%) ACS. Em relação ao tempo que estes profissionais atuavam nos serviços de AB, o valor médio foi de 8,5 (dp = 4,0) anos de trabalho, com máximo de 22 anos, mínimo de 0,4 anos e mediana de 8 anos. Quanto ao tempo de atuação na unidade de saúde que trabalhava no momento da entrevista, o valor médio foi de 6,5 (dp=3,9) anos de trabalho, com máximo de 17 anos, mínimo de 0,08 anos e mediana de sete anos.

5.2 Classificação do desempenho das variáveis do componente estrutura

Quanto ao desempenho do componente estrutural (recursos humanos), observa-se que tanto o envolvimento da equipe completa de profissionais de saúde da AB, quanto o envolvimento de outros profissionais de saúde no atendimento ao doente de TB mostra-se insatisfatório (Tabela4). Em relação à realização de capacitação, os profissionais consideraram esta ação satisfatória para pelo menos 1 profissional da equipe, no entanto, ao se considerar essa mesma ação para a equipe mínima do serviço de saúde, obteve-se desempenho insatisfatório. Tanto a oferta de capacitação em TB pelo PCT municipal, como também pelos próprios serviços de saúde apresentou desempenho crítico, segundo os profissionais entrevistados. Quanto à presença de um profissional responsável pelo TDO nas unidades, tem-se desempenho satisfatório.

Tabela 4. Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (recursos humanos) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.

Variáveis	Atenção Básica		Classificação
	Sim (%)	Não (%)	
Equipe completa de profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB	54,7	45,3	Insatisfatório
Envolvimento de outros profissionais com o atendimento aos doentes de TB	73,5	26,5	Insatisfatório
Capacitação em TB para pelo menos 1 profissional da equipe de atendimento aos doentes nos Serviços de AB	80,2	19,8	Satisfatório
Capacitação para atendimento em TB à equipe mínima de profissionais de saúde (enfermeira, médico, aux/téc de enfermagem, ACS)	60,5	39,5	Insatisfatório
Oferta de capacitação em TB pelo PCT municipal	41,9	58,1	Crítico
Oferta de capacitação em TB pelos Serviços da AB	8,5	91,5	Crítico
Profissional de saúde responsável pelo TDO	94,9	5,1	Satisfatório

A tabela 5 mostra a proporção e classificação das variáveis relacionadas ao componente estrutura (recursos físicos). A disponibilidade de salas para atendimento médico e de enfermagem, foi classificada pelos os profissionais entrevistados classificaram como satisfatório. Quanto à disponibilidade de insumos sociais pelos serviços de AB, as variáveis foram classificadas como satisfatória para insumo cesta básica, porém crítica para o insumo vale transporte.

Tabela 5. Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (recursos físicos) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.

Variáveis	Atenção Básica		Classificação
	Sim (%)	Não (%)	
Disponibilidade de salas para atendimento médico e de enfermagem	85,5	14,5	Satisfatório
Disponibilidade de cestas básicas	98,3	1,7	Satisfatório
Disponibilidade de vale transporte	2,6	97,4	Crítico
Acesso à ficha de notificação	71,8	28,2	Insatisfatório
Acesso aos prontuários dos doentes de TB	92,3	7,7	Satisfatório
Acesso à ficha de acompanhamento mensal	70,1	29,9	Insatisfatório
Acesso à ficha diária de TDO	63,2	36,8	Insatisfatório
Acesso ao livro verde	56,4	43,6	Insatisfatório
Disponibilidade de pote para exame de escarro	89,7	10,3	Satisfatório
Disponibilidade de pedido de baciloscopia de escarro	96,6	3,4	Satisfatório
Disponibilidade de pedido de cultura de escarro	88,0	12,0	Satisfatório
Disponibilidade de pedido de exame HIV	94,0	6,0	Satisfatório
Disponibilidade de ficha de referência contra-referência	90,6	9,4	Satisfatório
Disponibilidade de Antituberculosstáticos	95,7	4,3	Satisfatório

Quanto ao acesso dos profissionais aos instrumentos de registros (ficha de notificação, prontuários dos doentes de TB, ficha de acompanhamento mensal de tratamento, ficha diária de TDO e livro verde), os entrevistados consideraram como satisfatório apenas o acesso aos prontuários dos doentes de TB, classificando o acesso aos demais registros como insatisfatório.

Em relação à disponibilidade de insumos/equipamentos pelas unidades de saúde para o controle da TB (pote para exame de escarro, pedido de baciloscopia de escarro, pedido de cultura, pedido de exame HIV e ficha de referência e contra-referência), a tabela mostra que os profissionais de saúde da AB consideram a disponibilidade desses recursos satisfatórios. Enquadra-se também nessa classificação a disponibilidade, pelas unidades de saúde, de medicamentos para a TB (antituberculosstáticos).

Em se tratando das variáveis relacionadas ao componente estrutura (organização do serviço) observa-se que o atendimento das unidades de saúde fora do horário comercial, foi classificado pelos profissionais entrevistados como uma atividade crítica (Tabela 6). Quanto à

realização de discussões dos casos de TB entre os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento ao usuário, obteve-se resultado insatisfatório. Tanto o acesso à consulta no prazo de 24 horas, como também a orientação aos doentes de TB em relação à busca por atendimento fora da data agendada caso necessitem apresentaram desempenho satisfatório.

A articulação dos serviços de saúde de AB com outros níveis de atenção apresenta-se, segundo os profissionais entrevistados, insatisfatório. Quanto ao atendimento da demanda dos serviços de AB pelos laboratórios, verifica-se desempenho crítico. Esta mesma classificação é alcançada pelas variáveis que se referem ao acesso ao resultado do exame de baciloscopia de escarro em sete dias e à existência de sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB.

Tabela 6. Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes ao componente estrutural (organização do serviço) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.

Variáveis	Atenção Básica		Classificação
	Sim (%)	Não (%)	
Atendimento fora do horário comercial	9,4	90,6	Crítico
Discussões dos casos de TB entre profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento	60,7	39,3	Insatisfatório
Acesso à consultas em prazo de 24 horas	90,0	10,0	Satisfatório
Orientação quanto a busca por atendimento fora da data agendada caso necessite	99,1	0,9	Satisfatório
Articulação dos Serviços de AB com outros níveis de atenção	65,0	35,0	Insatisfatório
Atendimento laboratorial aos Serviços de Saúde da Atenção Básica atende a demanda	46,2	53,8	Crítico
Acesso ao resultado do exame de Baciloscopia de escarro em 7 dias	21,4	78,6	Crítico
Existência de sistema informatizado contendo informações sobre doente de TB	1,7	98,3	Crítico

5.3 Classificação do desempenho das variáveis do componente processo

A Tabela 7 mostra a proporção e classificação das variáveis relacionadas ao componente processo (atenção proporcionada). O repasse de informações (orientações) ao doente de TB quanto à doença mostrou-se satisfatório, no entanto, a discussão conjunta com o doente de TB quanto à forma de realização de seu acompanhamento obteve desempenho insatisfatório.

Em relação à oferta de TDO, os profissionais entrevistados consideraram satisfatório apenas sua oferta no domicílio, classificando-o respectivamente como uma ação de desempenho insatisfatório e crítico quando se trata de ofertá-lo nos serviços de saúde e no trabalho do doente de TB.

A realização mínima de baciloscopia bimensal de escarro para o controle do tratamento da TB obteve resultado insatisfatório, contudo, a realização de consulta médica mensal e TDO no mesmo serviço de saúde alcançou desempenho satisfatório.

Quanto ao auxílio no agendamento de consultas/exames e ao fornecimento de informações aos doentes de TB encaminhados a outros serviços de saúde, verifica-se desempenho satisfatório para ambos. Entretanto, a contra-referência das informações não ocorre de forma satisfatória, segundo os informantes deste estudo, alcançando desempenho crítico. Tanto a busca ao doente de TB quando este não comparece à consulta de controle, quanto à busca quando o mesmo não realiza o TDO, alcançaram desempenho satisfatório. Já a atualização do livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB (“livro verde”), obteve desempenho insatisfatório.

Tabela 7. Distribuição proporcional e classificação das variáveis correspondentes a atenção proporcionada (desempenho) dos serviços de atenção básica para o tratamento da tuberculose segundo os profissionais de saúde, Cabedelo, 2011.

Variáveis	Atenção Básica		Classificação
	Sim (%)	Não (%)	
Orientação ao doente de TB quanto à doença	82,1	17,9	Satisfatório
Discussão conjunta com doente de TB quanto à forma de realização de seu acompanhamento	62,4	37,6	Insatisfatório
Oferta de TDO no domicílio	84,6	15,4	Satisfatório
Oferta de TDO no Serviço de Saúde	59,0	41,0	Insatisfatório
Oferta de TDO no trabalho do doente de TB	-	100,0	Crítico
Realização mínima de baciloscopia bimensal de escarro para controle do tratamento	66,7	33,3	Insatisfatório
Realização de consulta médica mensal e TDO no mesmo Serviço de Saúde	92,3	7,7	Satisfatório
Auxílio no agendamento de consultas/exames quando doente de TB é encaminhado a outros serviços	86,3	13,7	Satisfatório
Fornecimento de informações escritas aos doentes encaminhados a outros serviços de saúde	85,5	14,5	Satisfatório
Existência de contra-referência das informações	33,3	66,7	Crítico
Busca ao doente de TB quando não comparece à consulta	96,6	3,4	Satisfatório
Busca ao doente de TB quando não realiza TDO	99,1	0,9	Satisfatório
Livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB atualizado	66,7	33,3	Insatisfatório

5.4 Classificação dos serviços de saúde segundo variáveis do componente estrutura e processo

A tabela 8 mostra a classificação dos serviços de saúde de AB do município de Cabedelo, segundo variáveis do componente estrutura e processo, utilizando média e intervalos de confiança (IC) para proporções (média total dos componentes estrutura e processo).

Ao se considerar o total de indicadores do componente estrutura e processo, apenas o serviço de saúde C alcançou desempenho satisfatório, com média 84,2 e IC=[63,1 ; 105,0], os demais serviços apresentaram desempenho insatisfatório.

Tabela 8. “Classificação” dos Serviços de Saúde da Atenção Básica de Cabedelo, segundo os componentes estrutura e processo, 2011.

Tipo SS	Rótulo do SS	N	Estrutura	Processo	Total (Estrutura + Processo)		
			Proporção*	Proporção**	Média	IC	Classificação
USF	A	6	57,3	72,0	66,1	[62,4 ; 70,0]	Insatisfatório
	B	3	62,9	70,0	67,2	[60,4 ; 74,0]	Insatisfatório
	C	4	67,0	95,6	84,2	[63,1 ; 105,0]	Satisfatório
	D	11	53,9	75,8	67,1	[61,4 ; 73,0]	Insatisfatório
	E	5	60,1	75,7	69,5	[64,1 ; 75,0]	Insatisfatório
	F	3	66,5	68,9	68,0	[44,6 ; 91,0]	Insatisfatório
	G	10	64,0	79,0	73,0	[67,9 ; 78,0]	Insatisfatório
	H	6	60,8	69,6	66,1	[59,5 ; 73,0]	Insatisfatório
	I	7	67,2	85,3	78,0	[74,3 ; 82,0]	Insatisfatório
	J	8	64,7	89,6	79,6	[74,2 ; 85,0]	Insatisfatório
	K	7	62,2	88,3	77,9	[74,8 ; 81,0]	Insatisfatório
	L	7	60,2	77,0	70,2	[59,9 ; 81,0]	Insatisfatório
	M	8	65,6	89,4	79,9	[77,0 ; 83,0]	Insatisfatório
	O	8	61,1	78,8	71,7	[68,3 ; 75,0]	Insatisfatório
	P	6	63,8	83,1	75,3	[69,4 ; 81,0]	Insatisfatório
	Q	5	54,1	80,0	69,7	[64,4 ; 75,0]	Insatisfatório
	R	5	55,6	65,3	61,5	[49,7 ; 73,0]	Insatisfatório
	S	8	66,3	80,9	75	[68,0 ; 82,0]	Insatisfatório
MUNICÍPIO DE CABEDELO		117	61,8	79,8	72,6	71,0 – 74,0	-

* Proporção entre a pontuação média da Estrutura de cada Serviço de Saúde da Atenção Básica e a pontuação total do componente Estrutura.

** Proporção entre a pontuação média do Processo (Atenção Proporcionada) de cada Serviço de Saúde da Atenção Básica e a pontuação total do componente Processo.

6 *Discussão*

A avaliação em saúde permite, entre outras ações, a formulação de juízo apoiadas em critérios previamente definidos, no intuito de ajudar na tomada de decisão e na resolução do problema (TANAKA; MELO, 2001). Contudo, essa ação deve envolver características tanto do contexto dos serviços de saúde, bem como do contexto político, econômico e social dos atores envolvidos na prestação e recebimento dos serviços, os quais fornecerão informações imprescindíveis para a realização de um julgamento de valor condizente com as necessidades de saúde da população.

Estudos apontam que o desempenho dos serviços de saúde ancora-se em diferentes aspectos, que envolvem tanto a definição e análise dos problemas por parte dos profissionais de saúde para a tomada de decisão, como também a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores com o desenvolvimento desses serviços (COTTA et al, 2006; IBANEZ et al, 2006; GATTINARA et al, 2005). Nesta perspectiva, neste estudo, foram entrevistados enfermeiros (13,7%), médicos (12,8%), auxiliares/técnicos de enfermagem (14,5%) e ACS (59,0%), considerados atores chave dos serviços de AB.

Em relação ao tempo de atuação destes profissionais, verificou-se que não houve disparidades entre o tempo de serviço na AB e na unidade de saúde que atuavam no momento da entrevista, aspecto positivo para o serviço, uma vez que possibilita maior aproximação dos trabalhadores com a equipe, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade e familiarização com os problemas e necessidades de saúde. Alguns estudos mostram que o tempo de atuação na mesma equipe é característica relevante, uma vez que valoriza o profissional no ambiente de trabalho e favorece a criação de vínculo com as propostas da APS, com a equipe e a comunidade (ROCHA et al, 2006; TAVARES; SANTOS, 2005; HASHIM; KUBBAISY; DULAYME, 2003). No tocante à TB, dentre essas pesquisas, encontra-se um estudo realizado no Iraque em que o conhecimento sobre a doença está relacionado, entre outros fatores, ao tempo de atuação dos profissionais de saúde no serviço (HASHIM; KUBBAISY; DULAYME, 2003). Evidencia-se, diante dessa afirmação, que o tempo de permanência do profissional na AB permite maior proximidade e compreensão dos aspectos que permeiam a atenção à TB, contribuindo para o reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas e das atribuições a serem desenvolvidas para o controle efetivo da doença.

Em relação à *estrutura* dos serviços de AB avaliados, fragilidades foram identificadas em relação aos recursos humanos, tanto no que diz respeito ao envolvimento dos profissionais de saúde no atendimento ao doente de TB, como em relação à capacitação destes profissionais. Esse aspecto pode ser influenciado pela carência quanti-qualitativa de recursos

humanos e pela rotatividade dentro dos serviços de saúde de AB no município, gerando sobrecarga de trabalho e fragmentação da atenção. Já em relação ao TDO, potencialidades foram encontradas quanto à presença de um profissional responsável pela sua execução.

Em pesquisa nacional sobre o envolvimento de equipes de AB no controle da TB, a debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos, a centralização e fragmentação da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde foram apontadas como pontos prejudiciais na qualidade da interação entre profissionais e usuários para o manejo adequado da doença na AB, podendo comprometer ainda o acesso dos doentes às ações de diagnóstico e tratamento da TB (MONROE et al, 2008). De modo semelhante, outros estudos realizados no Brasil, mostram que a debilidade quantitativa dos profissionais pode gerar sobrecarga de trabalho e fragmentação da assistência ao doente de TB, comprometendo a resolutividade dos serviços, o processo de interação com o doente, como também o vínculo e a adesão ao tratamento (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BARREIRA; GRANGEIRO, 2007; IBANEZ et al, 2006).

Tais achados apontam para o fato de que os serviços ainda se organizam na lógica dos sistemas fragmentados, com priorização dos eventos agudos e ações voltadas à detecção de casos realizados de forma pontual, apenas em épocas de campanha, atuando de forma isolada e descontínua (SÁ et al, 2011; MONROE et al, 2008; MENDES, 2002). Estes achados, de acordo com Mendes (2002), firmam-se na formação dos recursos humanos da saúde no Brasil, a qual tem suas raízes na chamada medicina científica, fundamentada no modelo biomédico, realçando no processo saúde-doença apenas a dimensão biológica do ser humano, com ênfase nos aspectos curativos da medicina pelo seu caráter hospitalocêntrico, além da crescente corporificação do conhecimento em tecnologias de alta densidade de capital, exercida por agentes especializados. Como consequência dessa formação, tem-se disponibilidade insuficiente de profissionais generalistas, dotados de visão humanística e preparados para a prestação de cuidados contínuos e resolutivos, especialmente nas unidades de AB.

Outro aspecto que interfere no envolvimento eficaz dos profissionais de saúde da AB no atendimento aos doentes de TB e controle da doença diz respeito à capacitação destes profissionais, alcançando classificação insatisfatória neste estudo. No município de Cabedelo, devido à demanda das USF, as capacitações ficam sob a responsabilidade do PCT municipal e limitadas, geralmente, ao enfermeiro e ao médico, os quais ficam encarregados de compartilhar as informações obtidas aos demais profissionais. Contudo, em meio à sobrecarga de atividades, essa ação nem sempre se concretiza. Investigações que buscam aprofundar os problemas que envolvem a adesão ao tratamento e controle da TB consideram a

capacitação essencial para que os profissionais de saúde da AB possam desempenhar suas funções segundo as dimensões da APS (QUEIROZ et al, 2012; OLIVERA et al, 2009; TERRA; BERTOLOZZI, 2008; MONROE et al, 2008).

Consensualmente, esses autores afirmam ainda que as questões relacionadas à qualificação das equipes precisam alcançar maior discussão e execução, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam na AB ainda vivenciou o processo de formação centrado no modelo curativista e não na promoção da saúde e nas ações individuais e coletivas desenvolvidas na família e na comunidade. No que se refere à TB, consideram que a capacitação deve garantir, entre outros aspectos, a compreensão da doença e seus condicionantes, assim como instrumentos e tecnologias utilizadas para sua prevenção e controle, como o tratamento supervisionado e a busca de sintomáticos respiratórios (BSR), além de proporcionar ao PCT e aos próprios profissionais a identificação de falhas, dificuldades na operacionalização das ações de controle da doença, correções e aprimoramento de habilidades adquiridas.

Corroborando tais achados, um estudo realizado na capital do Ceará, Fortaleza, sobre a avaliação do impacto de treinamento da equipe de AB voltado às ações de TB, destacou que o treinamento e a sensibilização da equipe de saúde da família foram capazes de promover um aumento na detecção de casos da doença, indicando que a manutenção de equipes qualificadas e atualizadas estimula a detecção precoce e o acompanhamento dos casos, contribuindo para o controle da doença (FAÇANHA et al, 2009).

No entanto, a literatura mostra que embora essa atividade se apresente como ferramenta essencial na reorientação da prática em AB e controle da TB, dados de uma pesquisa realizada no município de Natal-RN sobre as capacitações em unidades de saúde da família mostram que apenas 38% (21) dos profissionais entrevistados de nível superior, médicos, enfermeiros e dentistas, haviam participado de capacitações relacionadas à TB, refletindo a priorização de apenas algumas categorias para esse processo de educação permanente (GERMANO et al, 2005).

A descontinuidade dos processos de capacitação, a inexistência de uma política de educação permanente e a rotatividade dos profissionais de saúde, relacionadas à descontinuidade político-partidária podem também se configurar, segundo alguns estudos realizados em várias regiões do Brasil, como um problema de adaptação e prejudicar a manutenção de equipes de saúde qualificadas para lidar com TB nos serviços de AB (CARDOSO et al, 2012; CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2012; SÁ et al, 2011; MAIA et al, 2010; MONROE et al, 2008).

Essa situação recai sobre o tratamento da TB, mesmo que este estudo tenha alcançado desempenho satisfatório com a existência de um profissional responsável pelo TDO, neste caso, o enfermeiro, haja vista que achados de outros estudos mostram que uma das dificuldades encontradas nas ações de controle da TB na AB relaciona-se a percepção dos profissionais em relação ao TDO, os quais o consideram trabalhoso e como um ato paternalista, reforçando o despreparo das equipes AB e fragmentação da assistência (QUEIROZ et al, 2012; SÁ et al, 2011; OLIVERA et al, 2009; TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Em relação aos recursos físicos das unidades de saúde, a presença de salas para atendimento médico e de enfermagem identificadas neste estudo se constituem como fatores positivos para a realização das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, especialmente o atendimento ao doente de TB, conferindo maior privacidade e confiança à relação profissional-usuário. Esta afirmação coincide com os resultados encontrados em estudo realizado em 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, o qual avaliou a estrutura de 234 USF. Tal investigação avaliou que a presença dessas instalações, principalmente para o enfermeiro, além de aumentar a confiança na relação profissional-usuário, também contribui para o melhor desempenho do novo modelo assistencial em relação às ações programáticas, significando, ainda, mais espaço na unidade para atividades que não estão centradas no médico. Os resultados do estudo anterior mostraram ainda que, embora existam essas potencialidades em relação à estrutura física dos serviços de AB, a precariedade e improvisação foram características em destaque na avaliação desses serviços (FACCHINI et al, 2006).

Dando continuidade à discussão dos resultados encontrados, o fato de os profissionais considerarem satisfatório a disponibilidade de cestas básicas e crítico a disponibilidade de vale transporte, aspectos positivos do TDO e que contribuem para a adesão, pode estar relacionado à situação socioeconômica dos usuários do município, haja vista que alguns pacientes atribuem a não adesão ao tratamento às dificuldades financeiras, corroborando outros estudos realizados no Brasil (QUEIROZ et al, 2012; LAFAIETE et al, 2011; FIGUEIREDO et al, 2009; GONÇALVES et al, 1999). Vale ressaltar que a ausência de vale transporte pode estar vinculada a proximidade das USF aos domicílios dos doentes, dentro do território.

Resultados semelhantes foram encontrados na cidade de João Pessoa-PB, em que a disponibilização de auxílio-transporte para a realização do TDO na unidade não foi

satisfatória em todos os distritos investigados (MARCOLINO, et al 2007). Esse estudo, juntamente com outras pesquisas nacionais, aponta que a disponibilização de vales transporte e cestas básicas são instrumentos facilitadores para o comparecimento e adesão do doente ao TDO, uma vez que mesmo sendo disponibilizado pelo serviço público, o tratamento representa um custo econômico para o doente de TB (CARDOSO et al, 2012; LAFAIETE et al, 2011; MARCOLINO, et al 2007; FIGUEIREDO et al, 2009). Ademais, o aporte nutricional deficiente poderá comprometer a imunidade do indivíduo, levando a uma recuperação vagarosa e de grande sofrimento para o doente, favorecendo, também, a exacerbação das reações medicamentosas (SILVA et al, 2007).

Com relação aos instrumentos de registro (ficha de notificação, prontuários dos doentes de TB, ficha de acompanhamento mensal de tratamento, ficha diária de TDO e livro verde), apenas o acesso aos prontuários dos doentes de TB foi considerado satisfatório pelos profissionais de saúde. Tal resultado se constitui como ponto negativo para o controle da doença, uma vez que a falta de acompanhamento e de informação sobre os casos de TB por parte de toda a equipe através dos registros, afeta a integralidade da atenção, além de comprometer a avaliação da adequação dos processos e dos resultados do PCT, devido, muitas vezes, a deficiência qualitativa dos registros, tanto nas fontes primárias, quanto nas secundárias, haja vista a grande demanda nas unidades e a sobrecarga de trabalho que aparecem como fatores importantes nesse sentido (MEDEIROS et al, 2012; NOGUEIRA et al, 2001).

Estudos apontam que a falta de registro adequado se apresenta como barreira para a análise de qualidade dos atendimentos, uma vez que avaliar a qualidade da assistência na ausência de dados torna-se uma tarefa difícil. Além disso, tratando-se da TB, a responsabilidade não apenas pelo cuidado ao paciente, mas também pela valorização e consequente qualificação dos registros, bem como o acesso a estes por todos os integrantes da equipe, constitui-se como fator chave para o sucesso no controle da doença, uma vez que permite, não só aos profissionais que atuam na vigilância em saúde ou nos cuidados diretos ao usuário, o acompanhamento da evolução do tratamento (MEDEIROS et al, 2012; THEME FILHA et al, 2012; LAFAIETE et al, 2011; SÁ et al, 2006; NOGUEIRA et al, 2001).

No que se refere à disponibilidade de insumos/equipamentos/medicamentos pelas unidades de saúde para o controle da TB, os profissionais consideraram essa ação satisfatória, o que contribui para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da doença. Somam-se a essa informação achados de um estudo que mostram que a realização satisfatória dessa ação reflete adequação no planejamento e distribuição dos insumos/ equipamentos e

medicamentos pela equipe que coordena o PCT no município, uma vez que inclui etapas essenciais na seleção, obtenção, distribuição e o uso apropriado (LAFAIETE et al, 2011). Contudo, a literatura também aponta estudos com resultados contrários a estes (NOGUEIRA et al, 2011; SILVA et al, 2007; MARCOLINO, et al 2007; NOGUEIRA et al, 2007).

Sobre a organização do serviço, a mesma apresenta potencialidades e limites para o tratamento da TB. O horário de funcionamento das USF no município, por exemplo, fixo e limitado, pode dificultar o atendimento de uma parcela da população que neste mesmo horário encontra-se em suas atividades laborais diárias. As USF do município, em sua grande maioria, encontra-se em áreas consideradas de risco, por conta do tráfico de drogas na região, gerando medo e insegurança nos profissionais de saúde, que optam por encerrar o expediente antes mesmo do horário comercial. Nesse sentido, tanto os gestores, quanto as equipes devem operacionalizar as atividades de modo que atendam às necessidades da população, atendendo em caráter contínuo a demanda das unidades, melhorando e facilitando, assim, a adesão do paciente ao tratamento (MARCOLINO et al, 2007). Em comum acordo com esses resultados, os estudos de Viacava et al (2004) e Morrone et al (1999), afirmam que, diante desse cenário, torna-se indispensável reduzir os conflitos existentes tanto entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços, quanto entre os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que tais serviços são prestados.

A discussão dos casos entre os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento ao usuário não obteve resultado satisfatório, deixando em evidência, novamente, as características do sistema fragmentado elucidado por Mendes (2002). Faz-se relevante destacar novamente a alta demanda enfrentada pelas unidades de saúde, dificultando, assim, a realização de outras atividades, que não sejam atendimentos clínicos. Segundo Campos e Domitti (2007), a dificuldade e descontinuidade do processo de atenção e cuidado às pessoas de forma integral são proporcionais à crescente divisão do trabalho ocorrida no setor saúde, uma vez que o surgimento de distintas especialidades definiram intervenções e campos de conhecimentos sem grandes compromissos com a abordagem integral do processo saúde-doença, gerando a “departamentalização” do cuidado.

Na ocorrência de efeitos colaterais ou outros problemas relacionados à TB, os profissionais de saúde afirmam que orientam os pacientes a procurarem pelo serviço de saúde fora da data agendada e que os mesmos conseguem consulta no prazo de 24 horas, apresentando desempenho satisfatório da equipe ao intervir continuamente, prevenindo irregularidades terapêuticas, abandonos e garantindo o acesso aos serviços de saúde. A literatura aponta que este aspecto diminui a incidência do abandono ao tratamento, já que os

profissionais de saúde estão acessíveis para orientar, avaliar e acompanhar o estado de saúde do doente de TB em tratamento. Além disso, mostra ainda os efeitos colaterais como um dos motivos da não adesão a terapêutica (CRUZ et al, 2012; THEME FILHA et al, 2012; FIGUEIREDO et al, 2009; ARCÊNCIO et al, 2008; KAONA, et al, 2004; GONÇALVES et al, 1999).

Quando há necessidade do seguimento do doente de TB para outros níveis de atenção, para outras especialidades, setores ou serviços, tem-se resultado insatisfatório, podendo gerar conclusões acerca da não sensibilização dos profissionais e gestores no sentido de garantir ações e serviços a fim de alcançar resolubilidade do caso. Estudo sobre a gestão do trabalho de forma interdisciplinar aponta que a falta de circulação de informações, de contatos interprofissionais e de preocupação em captar as várias dimensões do sujeito com problema de saúde, enraízam-se no modelo tradicional de estruturação do poder nas organizações de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Pesquisas concordantes a estes dados mostram que a articulação dos serviços de AB com outros níveis de atenção se constitui como importante dispositivo para ampliação da clínica, em que a equipe prestadora do cuidado percebe as diferenças entre as pessoas com a mesma doença e produz propostas terapêuticas diferentes e adequadas, ao passo que realiza o trabalho de modo interdisciplinar, e conseqüentemente, a reorientação da prática na perspectiva de um processo saúde-doença complexo e dinâmico (ASSIS et al, 2012; QUEIROZ et al, 2012; BERENDSEN et al, 2009).

Com relação ao aporte laboratorial para o acompanhamento dos casos durante o tratamento, importantes fragilidades foram identificadas, tanto no que diz respeito ao atendimento da demanda, quanto ao que se refere ao acesso rápido ao resultado do exame de baciloscopia de controle, avaliada pelos entrevistados como crítico. Tal resultado pode ancorar-se na questão de que no município, a entrega do material coletado para exame de escarro fica sob a responsabilidade, geralmente, do doente, e este, pelas dificuldades econômicas e sociais de deslocamento até o laboratório atrasam a entrega da amostra de escarro para análise. Estudo realizado em Ribeirão Preto- SP aponta que a presença de uma adequada retaguarda laboratorial, bem como os atendimentos e exames realizados são componentes em potencial para a formação de uma rede de atenção à saúde (ANDRADE, 2012).

Destaca-se ainda que nas unidades em estudo não há um sistema informatizado contendo informações sobre o doente, o qual poderia servir como ferramenta de suporte para gestores e profissionais de saúde no planejamento das ações e serviços, reduzindo custos e

aumentando a efetividade e eficiência de serviços que compõem o sistema público. Estudos que avaliaram as ações e estratégias de controle da TB realizadas nos serviços de saúde apontam para a necessidade e importância de sistemas informatizados sobre os doentes de TB, além dos prontuários, facilitando, assim, o fluxo de informações entre os diferentes níveis assistenciais (ASSIS et al, 2012; MONROE et al, 2008; MUNIZ et al, 2005).

No que se refere ao *componente processo* (atenção proporcionada), fragilidades foram encontradas no que tange à participação dos doentes no tratamento, embora ocorra o repasse de informações aos mesmos pelos profissionais de saúde, evidenciando o predomínio do modelo curativista centrado na técnica e na doença, e não do indivíduo. Esta falta de envolvimento do doente no processo de cuidado foi percebida em outro estudo (BERENDSEN et al, 2009), no qual pacientes reivindicavam maior atenção e seriedade pelos profissionais de saúde, discussão conjunta sobre a melhor forma de realização da terapêutica, além de recursos e orientações corretas, informando-os quanto às vantagens e desvantagens do tratamento, tornando possível sua participação ativa no processo decisório. Contrariamente, em pesquisa conduzida na Holanda os resultados mostraram que a grande parte dos pacientes entrevistados envolveu-se no processo de decisão do próprio tratamento, contribuindo ainda com informações adicionais sobre a doença e as possíveis formas de tratamento (IRESON et al, 2009).

Nesse sentido, o TDO além de modificar a estrutura, também alterou o processo de trabalho dos serviços de APS, visando atender as necessidades dos doentes, incluindo a escolha do local de tomada da medicação, haja vista que muitos são trabalhadores que não podem perder o turno de trabalho. Neste estudo os resultados encontrados foram inquietantes, uma vez que tanto o oferecimento do TDO no serviço de saúde e no trabalho do doente não apresentou desempenho satisfatório. No município de Cabedelo - PB o TDO se realiza, na maioria das vezes no domicílio, por meio da supervisão do ACS, segundo os próprios profissionais dos serviços, por preferência dos doentes.

De acordo com a OMS, faz-se necessário que haja mudanças na organização dos serviços de saúde para o controle efetivo da TB. Dessa forma, tem-se relevância a flexibilidade das equipes no acompanhamento do usuário durante o tratamento, considerando a supervisão da tomada da medicação nos serviços de saúde, no domicílio ou mesmo no local de trabalho, podendo ser realizado, antes de tudo, por uma pessoa aceita pelo doente e treinado, estando a mesma sob a responsabilidade de um profissional do serviço de saúde (WHO, 1999).

No entanto, estudos nacionais apontam que os serviços de saúde nem sempre conseguem atender às necessidades da população, considerando que o horário de funcionamento das unidades, somente diurno, dificulta o atendimento de trabalhadores (SÁ et al, 2011; SILVA et al, 2009; MONROE et al, 2008). Ademais, os horários incompatíveis com os turnos de trabalho e a demora no atendimento levam os indivíduos a não procurarem o serviço de saúde, haja vista que os mesmos temem perder o emprego, levando, muitas vezes, ao abandono da terapêutica (FIGUEIREDO et al, 2009). Os estudos anteriores afirmam ainda que os serviços devem oferecer as ações baseadas na variedade das necessidades da comunidade, considerando as peculiaridades dos indivíduos. Tais ações, além de facilitar o acesso ao doente, certamente, melhoraria e facilitaria a adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que não se deve considerar as necessidades de saúde apenas como etapas pontuais a serem cumpridas pelos profissionais ou serviços de saúde, demandadas pelos indivíduos, mas deve-se entendê-las a partir do significado de cuidado na vida de cada pessoa, de cada família, partindo-se do individual para o coletivo (CECÍLIO, 2001). Consensualmente a essa afirmação, Silva e Sena (2008) entendem que essa análise remete-se ao reconhecimento do sujeito e de suas potencialidades na construção do seu modo de ser e andar a vida, da ampliação da sua autonomia e da capacidade de intervir sobre suas próprias vidas, significando a co-responsabilização entre profissionais-equipe e usuários.

Nessa direção, ancora-se o sentido da integralidade em saúde, visto que a partir dessa nova visão do cuidado e do real significado das necessidades de saúde, considerando as singularidades de cada sujeito, possibilita-se a construção de projetos terapêuticos individualizados e, consequentemente, avanços na redefinição de práticas que valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos como ponto de partida para qualquer intervenção (MATTOS, 2004). Nota-se, com isso, no resultado satisfatório alcançado neste estudo quanto ao auxílio no agendamento de consultas/exames e ao fornecimento de informações aos doentes de TB encaminhados a outros serviços, a presença de atividades pontuais, realizadas apenas dentro da unidade de saúde, e não de ações ampliadas, entre os serviços, pensada em redes, haja vista que a contra-referência das informações não ocorre de forma satisfatória, sendo considerada crítica pelos profissionais de saúde entrevistados.

Tais achados vão de encontro aos obtidos em estudo conduzido nos serviços de APS do município de Ribeirão Preto sobre a TB, visto a descontinuidade no fluxo de informações entre os serviços durante os mecanismos de referência e contra-referência para o atendimento do doente de TB, além da dificuldade das equipes dos serviços em garantir o registro dessas

informações e a não participação do doente neste processo, configurando-se como obstáculo para a continuidade da assistência (ASSIS et al, 2012).

Validando esses resultados, Almeida et al (2010) em estudo nacional realizado em grandes centros urbanos sobre a integração entre níveis assistenciais, apontam resultados semelhantes quanto ao fornecimento de informações escritas aos usuários quando estes são referenciados a outro serviço de saúde, alcançando percentuais concordantes superiores a 90%. Entretanto, o estudo mostra ainda que a maior parte dos gestores e gerentes afirmou, em todas as cidades, que não se tem a contra-referência como prática comum, apesar da existência dos fluxos (ALMEIDA et al, 2010). Esses mesmos autores afirmam que se faz necessário o fortalecimento dos mecanismos de referência e contra-referência, assim como de integração e cooperação entre os serviços de saúde para a garantia da integralidade do cuidado, partindo-se do pressuposto de que o trabalho em rede se constitui como um dos componentes para a prestação do cuidado ampliado, contínuo, resolutivo e distinto da concepção focalizada e seletiva ainda predominante.

A busca ativa ao doente de TB quando este não comparece à consulta de controle e não realiza o TDO é outro item que merece ser destacado neste estudo, visto que alcançou desempenho satisfatório. Em Cabedelo, tais ações são desenvolvidas tanto pelos profissionais de saúde das unidades, como também pelo PCT municipal, fortalecendo, dessa forma, o trabalho em rede. No entanto, a pesquisa bacteriológica para o controle do tratamento apresentou-se, ainda, deficiente. Resultados de uma investigação realizada em município prioritário para TB mostram que a dificuldade de inserção da busca ativa, seja de sintomáticos respiratórios, seja de doentes em tratamento e da realização de baciloscopia de controle na AB, pode indicar deficiências organizacionais que repercutem no desempenho das equipes de saúde tanto na detecção precoce, quanto no controle e acompanhamento sistemático dos casos de TB (MARCOLINO et al, 2009). Ressalta-se que a baciloscopia se estabelece como método prioritário tanto na detecção quanto no monitoramento da evolução do tratamento, bem como serve para documentar a cura do doente (BRASIL, 2011).

Outro ponto a ser destacado neste estudo diz respeito à realização de consulta médica mensal e TDO no mesmo serviço de saúde, o que proporciona melhor acompanhamento dos doentes pelas ESF, fortalece e favorece a formação de vínculo entre profissionais e usuários, e possibilita a redução de gastos dos doentes, visto que embora sejam ações disponibilizadas pelo serviço público de saúde, ainda representam um custo econômico para o doente de TB, em função, muitas vezes, da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda de trabalho para ser consultado (FIGUEIREDO et al, 2009). Estudos nacionais também

vão de encontro a esses resultados, mostrando tais achados como ferramentas essenciais para o controle da TB e prestação de um cuidado integral aos doentes desse agravo, visualizando, entendendo e adequando as ações às realidades vividas (QUEIROZ et al, 2012; LAFAIETE et al, 2011; SÁ et al, 2011; FIGUEIREDO et al, 2009; GONZALES et al, 2008; VILLA et al, 2008; FALCÃO et al, 2006; BERTOLOZZI, 2005).

No entanto, uma das fragilidades evidenciada nesta pesquisa se refere a não atualização ou atualização incipiente do livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB (“livro verde”). Um dos pontos observados durante o estudo faz referência ao fato de que grande parte dos profissionais entrevistados, com exceção do enfermeiro, confunde o livro de acompanhamento com o livro de sintomáticos respiratórios. Tal achado mostra-se em consonância com o encontrado em uma investigação realizada nos municípios prioritários do Rio de Janeiro para o controle da TB, mostrando que, em alguns destes municípios, os registro das informações dos usuários são realizados, geralmente, ou no prontuário, ou em um livro ata ou, às vezes, até mesmo em um caderno, a fim de facilitar o manuseio das informações. O estudo mostra ainda que nos municípios de pequeno porte nem os profissionais, tampouco a coordenação do programa apreendeu o livro de registros (CAVALCANTI et al, 2012).

Os autores dessa investigação apontam também que, embora exista um reconhecimento da importância desse instrumento (“livro verde”) como meio de registro de informações sobre TB nas unidades de saúde, e como meio de atualização para a coordenação de dados sobre o acompanhamento dos casos notificados, sua utilização apropriada requer a capacitação dos profissionais para o preenchimento adequado, a supervisão contínua, e o estímulo à avaliação das ações de controle da TB nas unidades de saúde por parte das coordenações municipais (CAVALCANTI et al, 2012).

No que se refere à classificação dos serviços de saúde de AB, segundo variáveis do componente estrutura e processo, os resultados foram alarmantes e inquietantes, uma vez que apenas o serviço C alcançou desempenho satisfatório. Tal resultado confirma a complexidade vivenciada por esses serviços e o desafio vivenciado pelos atores e autores que operam na arena da saúde para classificar tais serviços, visto que sua classificação ou sua avaliação em satisfatório ou não depende de diversos fatores, ligados a diferentes setores, atores e contextos (TANAKA; TAMAKI, 2012; NOGUEIRA et al, 2011; FIGUEIREDO et al, 2009).

Concernentes a essa afirmação, Starfield (2002) e Donabedian (1996) apontam que a qualidade dos serviços de saúde reflete não só pontos ligados ao cuidado prestado, mas também a satisfação dos profissionais que atuam no serviço, como também a satisfação dos

usuários que recebem esse cuidado. Nessa mesma direção, faz-se relevante mencionar o estudo de Gattinara et al (2005) que sinaliza vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, entre elas a competência profissional, envolvendo a habilidade técnica, as atitudes da equipe e a capacidade de comunicação, a satisfação dos usuários, o que inclui o tratamento recebido, os resultados concretos e tempo dispensado, a acessibilidade cultural, social, geográfica e econômica, a eficácia através de normas adequadas, tecnologias apropriadas, respeito às normas pela equipe e eficiência, incluindo custos e riscos aos serviços e usuários, fatores estes ligados tanto a estrutura, quanto ao processo e ao resultado.

Ainda dentro desse contexto, outra investigação sobre avaliação de serviços de saúde sinaliza como pontos importantes para o alcance de uma classificação positiva, a fundamentação científica da prática dos profissionais, a cooperação entre os prestadores e “consumidores” de serviços, o tratamento integral do indivíduo, considerando sua subjetividade e reais necessidades de cuidado, o estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários, a acessibilidade da atenção para toda a população, além do estabelecimento de uma integralidade ampliada, estabelecendo redes de atenção à saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Em se tratando da TB, além desses fatores elencados por esses autores, estudos nacionais mostram que se exigem também, para um atendimento diferenciado e de qualidade, habilidades específicas, uma vez que se refere a uma doença de longa duração, cujo planejamento das ações deve incluir os aspectos socioeconômicos, culturais e individuais do doente, bem como o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre o serviços, o doente e a família (NOGUEIRA et al, 2011; SÁ et al, 2011; MARCOLINO et al, 2009; MONROE et al, 2008; SILVA et al, 2007; VENDRAMINI et al, 2002; MUNIZ et al, 1999).

Nesta perspectiva e considerando o tratamento da TB como objetivo deste estudo, enquadra-se o TDO, o qual propicia, além do estabelecimento de vínculo, a inserção do doente como sujeito e co-responsável no processo terapêutico, permitindo ainda uma maior aproximação dos profissionais junto aos doentes de TB e suas famílias (VENDRAMINI et al, 2002). Cruz et al (2012), em seu estudo sobre a avaliação dos serviços quanto ao TDO, realizada por profissionais e usuários em serviços de APS do Rio de Janeiro, apontam que o grande aspecto positivo levantado sobre esse tratamento, além da possibilidade de cura, é a maneira como os doentes são tratados pelos profissionais, bem como a atenção e o acolhimento dispensado aos mesmos, o que favorece a adesão ao tratamento da TB. Os resultados dessa investigação também mostram que a adequação do contexto às necessidades

do usuário, a prioridade no atendimento e a redução do tempo de espera foram importantes para o alcance de desempenho satisfatório dos serviços de AB em estudo.

Portanto, nessa direção, para o alcance do sucesso terapêutico e da avaliação positiva dos serviços de saúde, o aspecto técnico-científico se torna essencial, tal como referido por Donabedian (1996), ao descrever a qualidade do cuidado em saúde, contudo, insuficientes caso não esteja associado ao aspecto inter-relacional da qualidade do vínculo e do local no qual ocorrem as ações.

7 Considerações finais

Os resultados obtidos neste estudo levam a conclusões que podem ser firmadas a respeito do desempenho dos serviços de AB no tratamento da TB no município de Cabedelo-PB, considerando os componentes *estrutura* (recursos humanos; recursos físicos; organização do serviço) e *processo* (atenção proporcionada).

A análise das variáveis tanto do componente estrutura, como do componente processo aponta fragilidades que vão desde o envolvimento dos profissionais no atendimento ao doente de TB, perpassando pela descontinuidade do fluxo de informação, até a organização dos serviços de saúde e processo de trabalho dos profissionais, os quais se pautam no modelo curativista, biomédico e hospitalocêntrico, elucidando o caráter fragmentado das ações de controle da TB. Tais fatores afetam diretamente o manejo adequado da doença, visto que prejudica a interação entre profissionais e usuários.

Nesse sentido, torna-se necessário a criação de estratégias que envolvam parceria do PCT com novos atores, no intuito de compartilhar algumas atividades com a equipe de referência para a TB, atuando como retaguarda para os casos seguidos na AB, haja vista que a mesma assume toda a complexidade da gestão da doença no município.

Além disso, para o efetivo controle da doença faz-se relevante que os profissionais de saúde, assim como as políticas de saúde, transcendam o caráter fragmentado e reducionista das ações, possibilitando a prestação de cuidados de forma integral, considerando o doente sujeito segundo a concepção do processo saúde-doença, assim como do cuidado.

Ademais, inquieta-se analisar o tratamento da TB de forma mais ampliada, considerando o doente, suas singularidades, necessidades e o contexto no qual este se insere. Somado a isso, acredita-se que a avaliação de desempenho dos serviços de saúde não deve ser realizada apenas como uma tarefa puramente acadêmica, sem um propósito concreto, mas deve se voltar para orientar o desenvolvimento de políticas e estratégias, além de estar centrada na avaliação do alcance dos objetivos traçados. Em vista disso, nota-se a importância da realização de estudos de avaliação, uma vez que podem produzir informações tanto para a melhoria das intervenções em saúde, como para o julgamento acerca da sua efetividade e da satisfação dos usuários do sistema.

Todavia, vale destacar que a avaliação é um processo dinâmico, e quanto mais bem sucedido, maiores questionamentos surgirão sobre o que está sendo avaliado, semeando dúvidas e motivação para a contínua realização de julgamentos e tomadas de decisão, envolvendo diversos setores e atores.

Ressalta-se, contudo, que uma das limitações desta pesquisa, refere-se ao fato desta não ter englobado todos os atores envolvidos no processo de cuidado, os quais são

fundamentais para a realização de uma efetiva avaliação de qualidade. Porém, tal ação não diminui a importância das contribuições trazidas por este estudo tanto para o município, como para os estudos avaliativos.

8 Referências

ADEYEKUN, A.A.; EGBAGBE, E.E.; ONI, O.A. Contact tracing/pre-employment screening for pulmonary tuberculosis: should positive Mantoux test necessitates routine chest X-ray? **Ann Afr Med**, v.9, n.3,p.159-63, 2010..

ALTET GÓMEZ, M.N.; ALCAIDE MEGÍAS, J.; CANELA SOLER, J.; MILÁ AUGÉ, C.; JIMÉNEZ FUENTES, M.A.; SOUZA GALVAO, M.L.; SOLSONA PEIRÓ, J. Pulmonary symptomatic tuberculosis' diagnostic delay study. **Arch Bronconeumol**, v.39, n.4, p.146-52, 2003.

ANDRADE, R. L. P. **Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose pulmonar: avaliação dos serviços de saúde em Ribeirão Preto**, Tese (doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2012.

ARCENCIO, R.A. et al. City tuberculosis control coordinators' perspectives of patient adherence to DOT in São Paulo State, Brazil, 2005. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.12, n.5, p.527-31, 2008.

ARLAUD, K.; GORINCOUR, G.; BOUVENOT, J.; DUTAU, H.; DUBUS, J.C. Could CT scan avoid unnecessary flexible bronchoscopy in children with active pulmonary tuberculosis? A retrospective study. **Arch Dis Child**, v.95, n.2, p.125-9, 2010.

ASSIS, E.G.; BERALDO, A.A.; MONROE, A.A.; SCATENA, L.M.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; PROTTI, S.T.; VILLA, T.C.S. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.45, n.1, p.111-8, 2012.

BARREIRA, D.; ARAKAKI-SANCHEZ, D.; BRITO, R.C. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde; 2010.

BERENDSEN, A. J. et al. Transition of care: experiences and preferences of patients across. **BMC Health Services Research**, v.9, n.62, 2009.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao tratamento da TB na perspectiva da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no Município de São Paulo - SP** [tese de livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005. 230 p.

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. World Health Organization. USA, 2006.

BRADLEY, S.P.; REED, S.L.; CATANZARO, A. Clinical efficacy of the amplified Mycobacterium tuberculosis direct test for the diagnosis of pulmonary tuberculosis. **Am J Respir Crit Care Med**, v.153, n.5, p.1606-10, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.168 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Tratamento supervisionado da tuberculose evita abandono. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2011b. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22662

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em 10 de junho 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446>. Acesso em: 17 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006.

CÁCERES-MANRIQUE, F.M.; OROZCO-VARGAS, L.C. Demora en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en una región de Colombia. **Rev. Salud Pública**, v.10, n.1, p.94-104, 2008.

CAMPOS, G W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p. 399-407, 2007.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, p.862-70, 2008.

CARDOSO, G. C. P. et al A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v.20, n.2, p. 203-10, 2012.

CARDOZO GONZALES, R.I.; MONROE, A.A.; ASSIS, E.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO, A. Desempenho de serviços de saúde no tratamento diretamente observado no domicílio para controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, p.628 – 634, 2008.

CABEDELLO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde para Cabedelo 2010-2013**. Cabedelo, 2011.

CAVALCANTI, M.L.T. et al. Processos de registro e gerenciamento concernentes aos sistemas de informação da tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro prioritários segundo o Fundo Global Tuberculose Brasil, 2009/2010. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.161-8, 2012.

CAVALCANTI, Z.R. et al. Características da tuberculose em idosos no Recife (PE): contribuição para o programa de controle. **J Bras Pneumol.**, v.32, n.6, p. 535-43, 2006.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Ed.UERJ; 2001. p. 113-26.

CHAULK, C.P.; KAZANDJIAN, V.A. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: consensus statement of the public health tuberculosis guidelines panel. **JAMA**, v.279, p.943-948, 1998.

CHAULK, C.P.; GRADY, M. Evaluating tuberculosis control programs: strategies, tools and models. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.4, Suppl. 1, p.55-60, 2000.

COHEN, R.A.; MUZAFFAR, S.; SCHWARTZ, D.; BASHIR, S.; LUKE, S.; MCGARTLAND, L.P.; KAUL, K. Diagnosis of pulmonary tuberculosis using PCR assays on sputum collected within 24 hours of hospital admission. **Am J Respir Crit Care Med**, v.157, n.1, p.156-61, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cien Saude Colet**, v.10, n.3, p.705-711, 2006.

COTTA, R.M.M. et al. Work Organization and Professional Profile of the Family Health Program: a Challenge in the Health Basic Attention Restructuring. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

CRUZ, M.M.C. et al. Adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.217-24, 2012.

CUNHA, N.V.; CAVALCANTI, M.L.T.; COSTA, A.J.L. Diagnóstico situacional da descentralização do controle da tuberculose para a Estratégia Saúde da Família em Jardim Catarina – São Gonçalo (RJ), 2010. **Cad. Saúde Colet.**, 2012, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 177-87.

DÍEZ, M. et al. Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health**, v.15, n.4, p.343-49, 2005.

DIMECH, G.S. **Avaliação da efetividade do tratamento supervisionado (TS/DOTS) no controle da tuberculose. Brasil, 2007.** 2010. 95 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2010.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Ann Arbor/Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v.8, n.4, p.401-407, 1996.

FAÇANHA, M.C. et al. Treinamento da equipe de saúde e busca ativa na comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.35, n.5, p. 449-454, 2009.

FALCÃO, A.B. Estudo Comparativo do tratamento supervisionado da tuberculose com o auto-administrado. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.14, n.1, p.21-5, 2006.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política institucional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.553-63, 2006.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1737-1745, nov-dez, 2002.

FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C.; RUFFINO NETO, A.; NOGUEIRA, J.A. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p.825-31, 2009.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora Hucitec, 2ª ed, 2009, 880p.

GARCIA, M. C. C. **Desempenho dos serviços de atenção primária do município de Natal/RN para o diagnóstico e controle da tuberculose**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2011.

GATTINARA, B.C. et al. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.425-438, jul/set, 1995.

GERMANO, R. M. et al. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESC/UFRN)**. Natal, 2005. Disponível em: http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_observearh/nesc_rn/capacitacao_equipas_PSF.pdf. Acesso em 17 de julho de 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien Saude Colet**, v.14, n.3, p.783-94, 2009.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.777-787, out-dez, 1999.

GREENAWAY, C.; MENZIES, D.; FANNING, A.; GREWAL, R.; YUAN, L.; FITZGERALD, J.M. Delay in diagnosis among hospitalized patients with active tuberculosis-predictors and outcomes. **Am J Respir Crit Care Med**, v.165, n.7, p.927-33, 2002.

HARTZ, Z. M. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

HASHIM, D.S.; KUBBAISY, W.A.; DULAYME, A.A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. **La Revue de Santé de la Méditerranée orientale**, v. 9, n.4, 2003.

HIJJAR M.A. et al . Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. **Pulmão**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.310-314, 2005.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

IRESOON C.L. et al. Bridging the care continuum: patient information needs for specialist referrals. **BMC Health Services Research**, v.9, p.163, 2009.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/163>.

JAMAL, L.F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Públ.**, v.41, supl.1, p.104-10, 2007.

KAONA, F.A.D. et al. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. **BMC Public Health**, v.4, n.68, p.1-8, 2004.

LAFAIETE, R.S; SILVA C.B; OLIVEIRA, M.G; MOTTA, M.C.S; VILLA, T.C.S. Investigação sobre o acesso ao tratamento de tuberculose em Itaboraí /RJ. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n.1, p.47-53, 2011.

LIMA, D. S. **Situação da tuberculose na Paraíba**. Seminário das ações de controle da tuberculose. Núcleo de Doenças Endêmicas – Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

MAIA, M.A.C. et al. Um estudo sobre o controle da tuberculose nas unidades de Saúde da Família do município de Passos (MG). **Ciência et Praxis** v. 3, n. 6, 2010.

MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso à ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.2, p. 144-57, 2009.

MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimento e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad Saude Publica**, v.20, n.1, p.37-47, 2004.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, Universidade Federal do Ceará; 2002. 92p.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009; 848 p

MENGISTE, M. et al. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health**, v.9, n.1, p.53, 2009.

MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; RUFFINO NETTO, A.; VENDRAMINI, S.H.F. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.2, p.262-7, 2008.

MORRONE, N.; SOLHA, M.S.S.; CRUVINEL, M.C.; FREIRE, J.A.S.; BARBOSA, Z.L.M. Tuberculose: tratamento supervisionado “vs” tratamento autoadministrado. **Jornal de Pneumol**, v.25, n.4, p.198-206, 1999.

MOSTAZA, J.L.; GARCÍA, N.; FERNÁNDEZ, S.; BAHAMONDE, A.; FUENTES, M.I.; PALOMO, M.J. Analysis and predictor of delays in the suspicion and treatment among hospitalized patients with pulmonary tuberculosis. **An Med Interna**, v.24, n.10, p.478-83, 2007.

MOURA, B.L.A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1), p.69-81, nov., 2010.

MUNIZ, J.A. et al. Tratamento supervisionado no controle da Tuberculose em ribeirão preto: Novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n.1 – jan/jun – 1999.

MUNIZ, J.A.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 2, p.315-321, 2005.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. **Práticas de saúde pública**. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.

NOBREGA, R.G. et al. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose, no cenário indígena potiguara, Paraíba, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, nov-dez 2010.

NOGUEIRA, J. A; SILVA, C. A. D. A; TRIGUEIRO, D. R. S. G; TRIGUEIRO, J. V. S; ALMEIDA, A. S; SÁ, L. D.; RIBEIRO, L. C. S. A formação de profissionais de saúde na atenção a TB: desafios e contradições da prática. **Rev enferm UFPE on line**, v.5, n.4, p.778-87, 2011.

NOGUEIRA, J.A. ; RIBEIRO, L. C. S. ; SÁ, L. D. ; SILVA, C. A. ; SILVA, D. M. ; VILLA, T. C. S. Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev Rene**, v.13, n.4, p. 784-9, 2012.

NOGUEIRA, J.A.; RUFFINO NETTO, A.; MONROE, A.A.; CARDOZO GONZALES, R.I.; VILLA, T.C.S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, p.106-118, 2007.

NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**, 20(Supl.):S147-173, 2004.

OLIVEIRA, S.A.C.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M. Health services in tuberculosis control: Family focus and community orientation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.3, p. 361-7, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/Organização Mundial de Saúde. Oficina Sanitária Panamericana, **Oficina Regional de la Organización de la Salud**, Washington, v.5, n.1, 2002.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

QUEIROZ, E.M.; GUANILO, M.C.D.U.; FERREIRA, K.R.; BERTOLOZZI, M.R. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino –Am. Enfermagem**, v. 20, n.2, mar.-abr. 2012.

RAO, V.K.; IADEMARCO, E.P.; FRASER, V.J.; KOLLEF, M.H. Delays in the suspicion and treatment of tuberculosis among hospitalized patients. **Ann Intern Med**, v.130, n.5, p.404-11, 1999.

ROCHA, B.S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.229-33, 2009.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 1, p. 51-8, 2002.

SÁ, L.D.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; LIMA, D.S.; ANDRADE, M.N.; QUEIROGA, R.P.; CARDOSO, M.A.A. et al. **A experiência da implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos**. In: RUFFINO NETTO A, VILLA TCS. Tuberculose - Implantação do DOTS em Algumas Regiões do Brasil: Histórico e Peculiaridades Regionais. Ribeirão Preto: FMRP; 2006. pp. 141-66.

SÁ, L.D.; SANTOS, A.R.B.N.; OLIVEIRA, A.A.V.; NOGUEIRA, J.A.; TAVARES, L.M.; VILLA, T.C.S. O cuidado à saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p. 409-17, Abr-Jun 2012.

SÁ, L. D. et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3917-3924, 2011.

SÁ, L. D. et al. Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 19, n. 2 [09 telas], mar/abr 2011.

SANTOS, M. et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. **BMC Public Health**, v.5, n.25, 2005.

SANTOS, S.S.B.S. et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.873-882, 2012.

SAMICO, I.; HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.5, n.2, p.229-240, 2005.

SCATENA, L.M.; VILLA, T.C.S.; RUFINO NETO, A.; KRITISK, A.L.; FIGUEIREDO, T.M.R.M.; VENDRAMINI, S.H.F et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.3, p.389-97, 2009.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **J Bras Pneumol.**, v.30, n.4, p.417-24, 2004.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.85, p. 65-82, Junho 2009.

SILVA, A.C.O.; SOUSA, M.C.M.; NOGUEIRA, J.A.; MOTTA, M.C.S. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 402 - 416, 2007.

SILVA JUNIOR, J. B da; Tuberculose-Guia de Vigilância Epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 30, 2004.

SILVA, D. M.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; MEDEIROS, A. P. D. S.; RIBEIRO, L. C. S.; NOGUEIRA, J. A. Investigação de comunicantes de tuberculose: desempenho dos serviços de saúde. **The FIEP Bulletin**, v. 2, p. 268-271, 2012.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.

SISSON, M.C. et al. Users' satisfaction with the use of public and private health services within therapeutic Itineraries in southern Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2010.

SINAN. **Tuberculose – casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação** – SINAN Net. 2012. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>. Acesso em: 10 de junho de 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 564- 576, 2006.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.821-828, 2012.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Editora da universidade de São Paulo, 2001.

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M. Reflexões sobre a Avaliação em Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi; Francisco Javier Mercado. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. São Paulo: Editora Vozes, 2004, p. 121-136.

TAVARES, A.C.L.; SANTOS, S.R. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. **Enfermagem Brasil**, v.5, n.6, p.317-23, nov/dez, 2006.

TERRA F.; BERTOLOZZI, M.R. Tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da TB? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.4, p. 659-64, 2008.

TRIGUEIRO, J.V.S. et al Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.6, nov-dez, 2011.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1561-1569, nov-dez, 2002.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; PALHA, P. F.; MONROE, A. A.; Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v.10, n. 1, 2002.

VIACAVA, F.; MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MARTINS M. et al. Uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro. **Cien Saúde Colet**, v.8, n.3, 2004.

VILLA, T.C.S. et.al. Cobertura do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) da TB no Estado de São Paulo (1998-2004). **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.1, p.98-104, 2008.

VILLA, T.C.S. et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.20, n.2,p.234-43, 2012.

VOLMINK, J.; GARNER, P. Systematic review of randomised controlled trials of strategies to promote adherence to tuberculosis treatment. **BMJ**, v.315, p.1403–1406. 1997.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet*. 2000; 355(9212):1345-50. Erratum in: **Lancet**, v.356, n.9227, p.434, 2000.

WANG, W. et al. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: a descriptive study of delays in diagnosis. **Eur J Public Health**, v.17, n.5, p.419-23, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Control**. Geneva: WHO, 2011. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em 30 de julho de 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/who104/en/print.html>. Acesso em: 30 de julho 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is DOTS?** A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva: WHO, p. 1-33, 1999.

YIMER, S.; BJUNE, G.; ALENE, G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infectious Diseases**, v. 5, n. 112, p. 1-7, 2005.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do questionário: _____		Município: _____		Telefone: _____	
Nome do serviço de saúde: _____		Data da coleta dos dados: ____/____/____			
Responsável pela coleta dos dados: _____		Data da digitação: ____/____/____			
Digitador: _____		Horário de início da entrevista: _____			
Horário de término da entrevista: _____					

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1.	Tipo de unidade:	☐	UBS
		☐	UBS/PACS
		☐	USF
2.	Horário de funcionamento:	☐	7:00 às 17:00
		☐	8:00 às 17:00

II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE

RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB NO SERVIÇO

3.	Formação:	☐	Enfermeiro
		☐	Auxiliar/técnico de enfermagem
		☐	Médico
		☐	Agente Comunitário de Saúde
4.	Função exercida no serviço:	☐	Enfermeiro assistencial
		☐	Enfermeiro coordenador de equipe de enfermagem/ coordenador de ACS
		☐	Auxiliar/técnico de enfermagem
		☐	Médico
		☐	Agente Comunitário de Saúde
		☐	Gerente
5.	Tempo de atuação na Atenção Básica: _____ anos	6.	Tempo de atuação no serviço: _____ anos

ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

III - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 1: ESTRUTURA (40 pontos)

RECURSOS HUMANOS (15 pontos)

7.	Quais são os profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB nesse serviço? (4,0 pontos)	7.1	Enfermeiro	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		7.2	Auxiliar /técnico de enfermagem	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		7.3	Médico	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		7.4	Agente Comunitário de Saúde	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
8.	Há outros profissionais (Psicólogo, assistente social) envolvidos com o tratamento da TB nesse serviço? (1,5 ponto)	1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)		
9.	Nos últimos 3 anos, quais profissionais foram capacitados para atendimento em TB? (5,0 pontos)	9.1	Enfermeiro	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		9.2	Auxiliar/técnico de enfermagem	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		9.3	Médico	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		9.4	Agente Comunitário de Saúde	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		9.5	Outros (Profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
10.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada pela Vigilância Epidemiológica/ Programa de Controle de TB/ Secretaria Municipal de Saúde para este serviço? (1,5 pontos)	1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)		
11.	Nos últimos 12 meses houve capacitação sobre TB realizada por este próprio serviço de saúde aos profissionais que aqui trabalham? (1,5 pontos)	1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)		
12.	Há nesse serviço de saúde um profissional responsável pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (1,5 pontos)	1 ☐	SIM (1,5) Quem? _____		2 ☐	NÃO (0,0)	

RECURSOS FÍSICOS (10 pontos)							
13	Nesse serviço há disponibilidade de consultórios/salas para o atendimento ao doente de TB? (1,0 ponto)	13.1	Consultórios médicos (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		13.2	Salas para atendimento de enfermagem (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
14	Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes? (1,25 pontos)			1 ☐	SIM (1,25)	2 ☐	NÃO (0,0)
15	Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes? (1,25 pontos)			1 ☐	SIM (1,25)	2 ☐	NÃO (0,0)
16	Os profissionais possuem acesso aos seguintes insumos/equipamentos para controle do registros: (2,5 pontos)	16.1	Ficha de notificação (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		16.2	Prontuários (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		16.3	Ficha de acompanhamento mensal de trat/o. (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		16.4	Ficha diária de TDO (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		16.5	Livro verde (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
17	A Unidade de saúde possui os seguintes insumos/equipamentos para controle do tratamento: (2,5 pontos)	17.1	Pote para exame de escarro (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		17.2	Pedido de baciloscopia (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		17.3	Pedido de cultura (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		17.4	Pedido de exame HIV (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		17.5	Ficha de referência e contra-referência (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
18	A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda? (1,5 ponto)			1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO (15 pontos)							
19	Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após às 17: 00)? (2,0 pontos)			1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
20	São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo? (2,0 pontos)			1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
21	Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB? (2,0 pontos)			1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
22	Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento? (2,0 pontos)			1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
23	Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando: (2,0 pontos)	23.1	O doente necessita de consultas por possuir outras comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas) (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		23.2	O doente é co-infectado pelo HIV (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		23.3	Há complicações no tratamento (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
		23.4	Há dificuldades na realização do TDO (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
24	O nº de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço? (2,0 pontos)			1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
25	O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias? (1,5 ponto)			1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
26	Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa...)? (1,5 ponto)			1 ☐	SIM (1,5)	2 ☐	NÃO (0,0)
IV - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 2: PROCESSO – ATENÇÃO PROPORCIONADA (60 pontos)							
27	Os profissionais de saúde que acompanham o tratamento de TB nesse serviço costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades (além da doença) do doente? (3,0 pontos)			1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
28	Os doentes de TB são atendidos pelos mesmos profissionais cada vez que demandam ao serviço de saúde? (3,0 pontos)			1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
29	São passadas informações sobre a TB quanto à:	29.1	Forma de transmissão da doença (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)

	(5,0 pontos)	29.2	Horário de tomar a medicação (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		29.3	Reações adversas da medicação (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		29.4	Necessidade de examinar seus contatos (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		29.5	Importância da adesão ao tratamento (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
30	Há discussão junto ao doente de TB sobre a forma de ser realizado o seu acompanhamento durante o tratamento em relação à: (6,0 pontos)	30.1	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		30.2	Local de realização do TDO (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		30.3	Dia da semana para realização do TDO (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		30.4	Horário de realização do TDO (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		30.5	Horário da realização das consultas médicas de controle (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		30.6	Entrega da medicação (1,0)	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
31	Há regularidade no fornecimento da medicação para o doente de TB? (3,0 pontos)	1 ☐ SIM (3,0) Frequência: ☐ Semanalmente: nº vezes _____ ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outro: _____				2 ☐	NÃO (0,0)
32	Esse serviço de saúde oferece TDO no: (3,0 pontos)	32.1	Domicílio	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		32.2	Unidade de saúde	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		32.3	Trabalho	1 ☐	SIM (1,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
33	Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos) ? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
34	As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas: (4,0 pontos)	34.1	De forma rotineira?	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
		34.2	Em épocas de campanhas?	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)
35	É orientada a realização do exame anti-HIV aos doentes de TB em tratamento? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
36	Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle: (3,0 pontos)	Mensal (3,0)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)	
		Bimensal (2º, 4º e 6º meses) (2,0)	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)	
		Esporadicamente (0,5)	1 ☐	SIM (0,5)	2 ☐	NÃO (0,0)	
		No início e no final do tratamento (0,1)	1 ☐	SIM (0,1)	2 ☐	NÃO (0,0)	
37	A baciloscopia de controle é entregue neste mesmo serviço de saúde? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
38	Esse serviço de saúde realiza o agendamento de consultas médicas MENSAS de controle ao doente de TB? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
39	A consulta médica de controle é realizada na mesma unidade que o doente realiza o TDO? (2,0 pontos)	1 ☐ SIM (2,0) 2 ☐ NÃO, mas há comunicação entre os serviços (telefone, informações escritas) sobre o tratamento do doente de TB? (1,0)					
40	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
41	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido? (2,0 pontos)	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
42	Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde? (2,0 pontos)	1 ☐	SIM (2,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
43	É realizada busca ao doente de TB quando ele falta a uma consulta médica/enfermagem? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
44	É realizada busca ao doente de TB quando ele não comparece na tomada da medicação/não busca a medicação na data correta? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		
DADOS SECUNDÁRIOS							
REGISTROS							
45	O livro de registro e acompanhamento de doentes ("livro verde") está atualizado? (3,0 pontos)	1 ☐	SIM (3,0)	2 ☐	NÃO (0,0)		

V - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 3: RESULTADOS (Essas informações deverão ser coletadas junto ao PCT municipal)				
		2008	2009	2010
46 .	Número de doentes de TB que foram curados :			
47 .	Número de doentes de TB que abandonaram o tratamento:			
48 .	Número de doentes de TB que foram à óbito por TB :			
49 .	Número de doentes de TB acompanhados nesse serviço de saúde:			
50 .	Número de doentes de TB que realizaram TDO nesse serviço de saúde:			

ANEXO 2

ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO DE CAMPO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE– DOTS/CABEDELO-PB

NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE:

TIPO DE SERVIÇO: () UBS/PACS

() USF → nº equipes de saúde da família:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO:

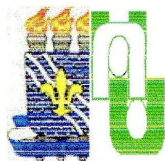
DATA DA OBSERVAÇÃO:

1. Localização do serviço de saúde: Localização no município, áreas de risco geográfico (montanhas, rios) e social (áreas de tráfego, ruas sem asfaltos, esgoto a céu aberto) na área de atuação do serviço, pontos de ônibus próximos do serviço, número de linha de transportes disponíveis.
2. Como ocorre a demanda (espontânea, programada ou referenciada) para este serviço?
3. Como o usuário fica sabendo que seu resultado de exame deu positivo para tuberculose? Como é realizada a busca deste doente para início do tratamento? Quais profissionais participam dessa busca?
4. Nesse serviço de saúde, como ocorre o fluxo de atendimento para o usuário que acabou de ser diagnosticado com tuberculose?
5. Há neste serviço de saúde algum profissional de saúde responsável pelas ações de controle da tuberculose ou as ações são realizadas em equipe? Se sim, quem é (são)? Qual sua formação e função no serviço?
6. Qual a atribuição do médico, enfermeira, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS durante o tratamento do doente de TB?
7. Este serviço de saúde realiza as consultas médicas de controle da tuberculose? Como é realizado o agendamento? Qual a frequência? Os profissionais de saúde anotam a data de retorno das consultas médicas de controle aos doentes de tuberculose?
8. Este serviço de saúde solicita os exames de controle do tratamento da tuberculose? Quais são os exames solicitados durante o tratamento? Qual a frequência da solicitação desses exames? Dos exames informados, quais são realizados neste serviço?
9. Se solicitar baciloscopia, qual fluxo que o doente de tuberculose pulmonar precisa seguir até a entrega do material? Onde o doente de tuberculose entrega o material coletado da baciloscopia? Há dia e horário específico para a entrega?
10. Qual é o laboratório responsável pela análise dos exames de baciloscopia? Quais dias da semana e horários que ele passa para pegar o material coletado?
11. Como o serviço de saúde é informado sobre os resultados dos exames de baciloscopia (telefone, sistema de informação, cartas...) dos *doentes que estão em tratamento*? Em quanto tempo o resultado chega até o serviço?
12. Quando solicitado, onde é realizado o exame de Raio-X? Onde os resultados são disponibilizados? Como este serviço de saúde recebe esse resultado? Em quanto tempo o resultado chega até este serviço?

13. Este serviço de saúde realiza o tratamento supervisionado? Qual profissional de saúde realiza? Quantas vezes por ele é realizado? Em que local e horário?
14. Como é definido o tipo de tratamento a ser realizado (tratamento supervisionado ou auto-administrado)? O doente de tuberculose participa nas decisões do seu tratamento?
15. Este serviço de saúde realiza a busca dos comunicantes de tuberculose? De que forma essa busca ocorre? Quem é o responsável por realizar essa busca dos comunicantes? Como é realizado o agendamento para os comunicantes? Quem realiza o atendimento dos comunicantes de tuberculose? Há o registro?
16. Quais os tipos de registros para a tuberculose existentes neste serviço de saúde? Quem faz as anotações? Essas informações são enviadas a alguma unidade central? Se sim, as informações de quais impressos são enviadas? Há o retorno dessas informações?
17. Este serviço de saúde realiza orientações ao doente de tuberculose sobre a doença e tratamento? Quem orienta? Quando orienta?
18. Os profissionais de saúde orientam os doentes de tuberculose como proceder se sentirem alguma reação adversa ao medicamento? Descreva.
19. Como é o fluxo de atendimento no serviço de saúde quando o doente de tuberculose recorre a este serviço por reações adversas ao medicamento da tuberculose? Descreva.
20. Ocorrem reuniões de equipe de saúde? Com que frequência? O que abordam? As reuniões de equipe são utilizadas como forma de educação permanente em saúde? Descreva como elas ocorrem.
21. Ocorrem treinamentos sobre tuberculose? Com que frequência? O que abordam? Quem realiza os treinamentos?
22. Existe um treinamento interno/educação permanente sobre a tuberculose neste serviço para os profissionais?
23. São realizadas visitas domiciliares para os doentes de tuberculose? Se sim, em quais casos elas são realizadas (todos doentes recebem VD ou apenas casos específicos)? Quando são feitas (ex: 1 vez/mês, início do tratamento...)? Quem as realiza?
24. A unidade de saúde faz articulação com outros níveis de atenção? Existe interação entre a unidade de saúde e o PCT? Se SIM, com que frequência ocorre? Para que serve? Quem faz a articulação? De que modo é feita?
25. O que é feito nos casos em que há dúvidas sobre a condução do tratamento do doente de tuberculose?
26. Como são ofertados os benefícios (cesta básica, vale transporte) aos doentes de tuberculose? Todos doentes recebem esses benefícios?
27. Há neste serviço de saúde grupos específicos para os doentes de tuberculose? A temática da tuberculose é abordada em outros grupos (usuários) existentes no serviço?
28. Quais as dificuldades/problemas/obstáculos encontrados durante o acompanhamento do tratamento da TB nessa unidade de saúde?
29. Quais são as facilidades e meios de contornar os obstáculos encontrados durante o acompanhamento do tratamento da TB nessa unidade de saúde?

ANEXO 3

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 29/03/2011, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **ESTRATÉGIA DOTS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: desempenho da Atenção Básica no Município de João Pessoa - PB.** Protocolo CEP/HULW nº. 069/2011, Folha de Rosto nº 403204, da pesquisadora *JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA*.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 04 de abril de 2011.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

ANEXO 4**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar de uma pesquisa sobre “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde em municípios do Brasil”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Ela tem como objetivo de analisar a atenção prestada pelos Serviços de Atenção Básica e os resultados do tratamento da TB.

Sua participação consistirá em responder a um instrumento por meio de uma entrevista que poderá durar em média 40 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurando o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa,

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia assinada desta declaração deve ficar com o (a) Sr. (a).

Cabedelo, __, de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração. Atenciosamente

Profª Drª Tereza Cristina Scatena Villa

CONTATO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço: Avenida bandeirantes, 3900; Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 –SP; Telefone (0xx16) 36023228 e.mail: tite@eerp.usp.br