



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIA CONCEBIDA DA CUNHA GARCIA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE**

NATAL/RN
2011

MARIA CONCEBIDA DA CUNHA GARCIA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de pesquisa: Práticas assistenciais e epidemiológicas em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. PhD. Bertha Cruz Enders

**NATAL/RN
2011**

Catálogo da Publicação na Fonte - UFRN
Biblioteca Setorial Especializada em Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

G216 Garcia, Maria Concebida da Cunha.

Desempenho dos serviços de atenção primária do município de Natal/RN para o diagnóstico e controle da tuberculose / Maria Concebida da Cunha Garcia. – 2011.

132 f. : il.

Orientadora: Bertha Cruz Enders.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2011.

1. Tuberculose - Dissertação. 2. Atenção primária à saúde - Dissertação. 3. Enfermagem - Dissertação. I. Enders, Bertha Cruz. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616.24-002.5(043.3)

MARIA CONCEBIDA DA CUNHA GARCIA

**DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito (parcial/EQ) para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 08/12/2011.



Professora – PhD. Bertha Cruz Enders - Orientadora
(Departamento de Enfermagem - UFRN)



Professora – Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira
(Departamento de Enfermagem - UFPB)



Professora – Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes
(Departamento de Enfermagem - UFRN)



Professor – Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
(Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP)

Dedicatória

A Deus, meu mestre supremo, por ser a luz que ilumina meus caminhos, fonte inesgotável de força e coragem. Obrigada pelos “anjos” que enviastes em todos os momentos da minha vida. Sem a sua presença, eu nada sou! “A cada nova experiência eu te glorifico mais. Te ter é a maior diferença em mim.”

*Aos meus queridos pais, **Francisco e Ana**, exemplos de vida, coragem e determinação, que, mesmo diante das maiores dificuldades impostas pela vida jamais deixaram de incentivar meus estudos e acreditar nos meus sonhos. Obrigada pelo esforço incansável e pela luta diária. Nenhuma palavra é capaz de expressar o infinito amor e gratidão que tenho por vocês. Amo muito!*

*Ao meu irmão **Alexandre**, o maior presente que Deus poderia me dar. Não escolheria outra pessoa para compartilhar a saudade de casa, as dificuldades e as conquistas, senão você. Juntos, somos mais fortes! Você é essencial em minha vida!*

*Às minhas tias, **Baia, Chiquita e Marfiza**, minhas “mães” de coração, a quem devo grande parte do que hoje sou. Obrigada por abrirem as portas de suas casas e por me acolherem como filha, oportunizando melhores condições de estudo e crescimento pessoal.*

*A todos os **meus familiares**, que compartilharam deste sonho junto comigo.*

Agradecimento especial

*À Professora Bertha Cruz Enders, minha orientadora e a quem posso chamar de “mãe acadêmica”.
Obrigada por guiar meus primeiros passos na pesquisa, ainda enquanto aluna de iniciação científica,
por descobrir em mim o potencial que nem eu imaginava possuir, por me acolher nos momentos de
dúvidas, e por lapidar a profissional que hoje sou. A ética, a dedicação incondicional e a humildade
transmitidas ao longo destes anos de convivência serão ensinamentos que levarei para sempre.*

Muito Obrigada por tudo!

Agradecimento especial

A Illa Dantas Cirino, minha amiga desde a graduação em Enfermagem, minha companheira fiel nesta caminhada. É impossível lembrar um só momento em que não estivéssemos juntas, senão fisicamente, mas, com certeza, ligadas em mente e coração. Obrigada pelo ombro amigo, pelos conselhos e incentivos, mesmo quando partilhávamos das mesmas dúvidas, angústias e medos. Obrigada pelos dias e madrugadas compartilhadas, por não me deixar desanimar e por acreditar que juntas poderíamos superar todas as dificuldades e alcançarmos o nosso sonho: sermos MESTRES EM ENFERMAGEM!

Agradecimentos

*“A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã.”
(Melody Beattie)*

*A **Deus**, pelo dom da vida, pela sabedoria e pela coragem. Por guiar meus passos e meus pensamentos e por me permitir alcançar mais este objetivo. “O coração do homem traça o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos.” (Pv. 16:9).*

*A **Nossa Senhora**, Mãe divina e redentora, obrigada por sempre me proteger com seu manto sagrado, me amparar, me amar, me acolher e me guiar em todos os momentos da minha vida.*

*A todos aqueles que, em nome de Deus e de Maria Santíssima, zelaram e intercederam por mim nesta e em tantas outras etapas da minha vida. Em especial, ao **meu primo Mário**, um anjo lá no céu que continua a me proteger. Quis Deus que você não estivesse fisicamente presente neste momento, mas não tenho dúvidas que estás, aí de cima, observando e vibrando junto comigo. Muito Obrigada pelo incentivo desde meus primeiros passos na vida estudantil. Saudades!*

*Aos **Meus pais**, pelo amor e apoio incondicional. Obrigada por me ensinarem a lutar com fé e coragem pelos meus sonhos e me ajudar a compreender o tempo de Deus para cada coisa na minha vida. Sem vocês, eu nada seria!*

*A **Vovó Joana**, **Vovó Maria** e **Vovô João Neto**, pelo carinho sem limites. Por reclamarem das minhas idas cada vez menos frequentes a Santana do Matos, mas por me compreenderem e me incentivarem a seguir em frente. Obrigada pela preocupação e oração constantes.*

*Ao meu **Vovô Zé Lopes**, que partiu durante esta caminhada, deixando muitas saudades em meu coração. Tenho certeza, que estás ao lado do Pai Celestial, zelando e intercedendo por mim.*

*A todos os **meus familiares**: tias, tios, primos, primas, padrinho, madrinhas, pela confiança depositada e por tomarem como deles os meus sonhos, não medindo esforços para que eles fossem realizados. Obrigada por compreenderem minhas ausências e por me incentivarem sempre. Sem vocês, muitas etapas não teriam sido conquistadas!*

Às minhas queridas amigas Catarine, Janiara, Ju Costa, Ju Oséas, Larissa, Malu, Nicole e Renata, por compartilharem deste e de tantos outros momentos da minha vida. Pela sinceridade, alegria e amizade que nos une. Obrigada por ouvirem meus anseios e me apoiarem. Só em saber que vocês existem já me sinto feliz!

Ao meu querido e inesquecível "GRANDE GRUPO": Déborah, Dulce, Illa, Isabelle, Mayana, Natália, Patrícia, Suzana e Vanisse, um dos maiores presentes que a Graduação em Enfermagem me deixou. Somos GRANDES, sim! Grandes em número e, sobretudo, no sentimento de respeito, amizade e cumplicidade que nos une. É muito bom permanecer ligada a vocês, mesmo que a quilômetros de distância, mas compartilhando as alegrias, anseios, dúvidas e conquistas. Vocês estão em meu coração!

De maneira especial, agradeço também à Família do GRANDE GRUPO, que por muitas vezes me acolheu com carinho e atenção nas suas casas, seja nas madrugadas de estudo e preparação para seminários, nos almoços pós-aulas, ou simplesmente, nas visitinhas sem motivos. Muito Obrigada por tudo!

Aos meus Amigos em Cristo do EJAC (Encontro de Jovens Amigos de Cristo), pela alegria, incentivo e, sobretudo, pelas orações e fé compartilhadas durante os momentos mais importantes desta caminhada. Em especial, ao meu amigo e namorado, Alexandre, pela paciência com que, por muitas vezes, ouviu minhas lamentações nesta reta final, pelo incentivo e pelo carinho, que tornavam mais leves os momentos difíceis.

A todos os meus colegas da turma de mestrado 2010, pelos momentos prazerosos de aprendizado, de reflexão e de crescimento, por partilharem as dúvidas, as dificuldades, as alegrias, as lágrimas e, sobretudo, os sonhos. Em especial, a Déborah, Isabelle, Isabel, Fernanda, Jaqueline, João Mário, Karol, Luciana, Mayana, Magna, Mirna, Sâmara, Simone, Vivianne e Tatiana. Guardarei para sempre os momentos vividos nestes dois anos e, tenho certeza, que ainda iremos compartilhar muitos outros. Que venham os novos desafios!

À enfermeira e mestranda Ana Angélica Rêgo de Queiroz, por se fazer presente em tantos momentos importantes desta caminhada, sempre disposta a me ajudar e me acalmar. Obrigada por partilhar das minhas dúvidas, por me ouvir, me aconselhar, me acalmar. Sua amizade me faz muito bem.

*À Mestre em Enfermagem **Luciana Ribeiro Melo**, ou simplesmente Lu, pela luz, paz e otimismo que transmite. Talvez, sem perceber, suas palavras me confortaram e me acalmaram quando tudo parecia complicado demais. Obrigada por ter sido “L’UZ” nos meus momentos de escuridão.*

*À Mestre em Enfermagem **Taciana Almeida**, amiga conquistada durante a minha passagem pela UNICAMP, pelas palavras de incentivo transmitidas a mais de 2500 km de distância. Obrigada pelo carinho, doçura e alegria! Muitas Saudades!*

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que me acolheu desde a graduação e hoje me permite alcançar mais este importante objetivo. Tenho orgulho de pertencer a esta casa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, pela contribuição à minha formação durante o mestrado.

*Aos professores **Jordana de Almeida Nogueira, Rejane Maria Paiva de Menezes e Ricardo Alexandre Arcêncio**, pela disponibilidade em contribuir com este estudo.*

*À Professora **Rosana Vilar**, pelas contribuições e sugestões feitas para a qualificação do meu projeto de dissertação.*

*Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFRN, em especial **Sebastião, Célia, Dona Graça, Cida e Breno**, sempre prestativos e atenciosos.*

*A **Jairo (Xexeu), João e Mirthes** pela atenção e carinho com que me tratam e pelo incentivo constante.*

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pelo apoio financeiro através da concessão da bolsa de mestrado.

Ao Grupo GEOTB, por proporcionar a realização deste estudo e pelos conhecimentos compartilhados.

*Às bolsistas de iniciação científica **Dândara, Débora e Marcela**, pela disponibilidade e apoio neste processo. Continuem persistentes na busca pelo conhecimento científico. Em breve, serão vocês a alcançarem esta etapa.*

A Álvaro Costa, Cléa Batista e Marta Santos, funcionários do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, pela atenção e apoio oferecidos quando solicitamos.

Aos funcionários da seção de informação e referência da Biblioteca Central Zila Mamede pela orientação para a normalização deste trabalho.

A Leandro Allan, pela assessoria estatística e pela paciência com que atendia minhas solicitações.

A Sonia Argollo pela revisão do texto e pela atenção dispensada.

A Vivianne Rafaelle pela elaboração do abstract.

À Secretaria Municipal de Saúde de Natal, por permitir a realização desta pesquisa.

Aos Profissionais Enfermeiros e Médicos participantes deste estudo, pela disponibilidade em contribuir com a nossa pesquisa, por compartilharem comigo as experiências e dificuldades vivenciadas na atenção ao paciente com tuberculose. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta história e contribuíram para a concretização deste sonho. A vocês, o meu mais sincero:

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A tuberculose (TB) é um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global. No Brasil, a responsabilidade pelas ações de diagnóstico e controle dessa doença foi transferida aos municípios, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visando melhorias nos indicadores epidemiológicos, impondo reorientação da prática das equipes de saúde da família e requerendo metodologias que analisem em que medida os componentes da APS estão sendo alcançados. Destarte, este estudo tem o objetivo de analisar o desempenho dos serviços de APS do Município de Natal/RN para o diagnóstico e controle da TB, sob a perspectiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). O estudo é descritivo, de corte transversal e quantitativo. A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2011, e envolveu 121 profissionais de saúde, que atuam em 52 unidades de saúde (USF, UBS e Unidades Mistas). O instrumento de coleta é estruturado, baseado no Primary Care Assessment Tool (PCAT), validado e adaptado para avaliar a atenção à TB no Brasil, e inclui questões referentes aos componentes *Estrutura* e *Processo* dos serviços de saúde. Para análise quantitativa, construíram-se indicadores, cujos padrões de respostas são seguidos de acordo com a escala de Likert, entre 1 e 5, que significou o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações. Os valores entre 1 e 3 foram considerados insatisfatórios para o indicador; entre 3 e menores que 4, regulares; e, entre 4 e 5, satisfatórios. No tocante aos insumos e equipamentos, as unidades apresentaram condições satisfatórias, para formulário ($\bar{x}=4,26$), consulta médica ($\bar{x}=4,02$) e cesta básica ($\bar{x}=4,24$); condição regular para pote ($\bar{x}=3,56$); e condições insatisfatórias para vale-transporte ($\bar{x}=1,50$), e realização da baciloscopia ($\bar{x}=2,42$) e raioX ($\bar{x}=1,07$). Em relação às ações, observou-se desenvolvimento satisfatório para aquelas centradas no indivíduo doente. As ações voltadas para o âmbito coletivo, como a busca de sintomáticos respiratórios (SR), controle de comunicantes e orientações para comunidade, variaram de regular a insatisfatórias ($\bar{x}=3,16$ - $\bar{x}=1,34$). Quanto à capacitação, 94,2% receberam treinamentos para identificar SR. No que se refere ao tempo para o diagnóstico, a mediana do tempo decorrido entre a identificação do SR e o início do tratamento foi de 22 dias. Em relação às dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o diagnóstico da TB, 56,2% referiram que estas estão relacionadas somente aos serviços de saúde, com destaque para deficiência na retaguarda laboratorial e na referência para os serviços especializados, o déficit de recursos humanos e materiais e a baixa realização de busca ativa. Os profissionais percebem o desempenho das ações de diagnóstico e controle da TB permeados por limitações e entraves de caráter organizacional e operacional de diversas dimensões, emergindo a necessidade de articulação efetiva dos diversos setores e atores-chave da atenção à TB, para adoção de novas estratégias intersetoriais que visem à ampliação da capacidade de resposta da APS, promovendo o melhor desempenho na prestação dos serviços ao usuário, família e comunidade, e assegurando ações efetivas e resolutivas às necessidades deste grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Desempenho.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is one of the most important health problems being faced worldwide. In Brazil, the responsibility for the actions of diagnosis and control of this disease was transferred to the municipalities within the Primary Health Care (PHC), aiming at improvement in epidemiological indicators, requiring reorientation of the practice of family health teams and requiring methodologies to analyze the extent to which components of the PHC are being achieved. Thus, this study aims to analyze the performance of primary care services in the city of Natal-RN for the diagnosis and control of TB, from the perspective of health professionals (doctors and nurses). The study is descriptive, cross-sectional and quantitative. Data collection was conducted from March to July 2011 and involved 121 health professionals working in 52 health units (family health unit, basic health unit and mixed units). The instrument is structured based on the Primary Care Assessment Tool (PCAT), validated and adapted to assess attention to TB in Brazil, and includes questions regarding the *Structure* and *Process* components of health services. For quantitative analysis, it was constructed indicators, whose response patterns are followed according to the Likert scale between one and five, which meant the degree of preference relation (or agreement) of the claims. Values between 1 and 3 were considered unsatisfactory for the indicator, between 3 and less than 4, regular, and between 4 and 5, satisfactory. With regard to inputs and equipment, the units had satisfactory condition for form ($\bar{x} = 4.26$), consultation ($\bar{x} = 4.02$) and basic basket ($\bar{x} = 4.24$); regular condition to pot ($\bar{x} = 3.56$) and unsatisfactory conditions for transportation tickets ($\bar{x} = 1.50$) and sputum smear microscopy ($\bar{x} = 2.42$) and X-rays ($\bar{x} = 1.07$). In relation to actions, there was satisfactory development for those focused on the individual patient. Actions aimed at the collective level, as the search for respiratory symptoms (RS), monitoring of contacts and guidelines for the community ranged from regular to unsatisfactory ($\bar{x} = 3.16$ - $\bar{x} = 1.34$). With regard to training, 94,2% received training to identify RS. As regards the time for diagnosis, the median time elapsed between the identification of RS and the beginning of treatment it was 22 days. In relation to the difficulties faced by professionals in the diagnosis of TB, 56,2% reported that they are related only to health services, especially for the failure in the rearward laboratory and in the specialized services reference, the lack of human and material resources and low performing an active search. The professionals perceive the performance of diagnosis and control of TB, permeated with limitations and barriers to organizational and operational character of various sizes, emerging the need for effective coordination of various sectors and key stakeholders of TB care, to adoption of a new intersectoral strategies that aim to increase the responsiveness of the PHC, providing the best performance in service delivery to the user, family and community, and ensuring effective action and resolving the needs of this population group.

KEYWORDS: Nursing. Tuberculosis. Primary Health Care. Performance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do sistema de serviços de saúde.....	42
Figura 2 - Distribuição geográfica dos bairros segundo os Distritos Sanitários, Natal/RN.....	58
Figura 3 - Síntese do processo de elaboração dos índices correspondentes aos indicadores investigados acerca dos componentes de APS sob estudo. Natal/RN, 2011.....	67
Figura 4 - Demonstrativo do <i>Box Plot</i> e o significado dos seus elementos gráficos.....	69
Figura 5 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de saúde para a realização de diagnóstico e controle da TB em Natal/RN, 2011.....	73
Figura 6 - Médias e intervalos de confiança referentes às variáveis das ações desenvolvidas para a realização de diagnóstico e controle da TB em Natal/RN, 2011.....	75
Figura 7 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes às ações de solicitação de exames para o doente, comunicantes intrafamiliares e extrafamiliares, em Natal/RN, 2011.....	76
Figura 8 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes às ações desenvolvidas para a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e o acompanhamento dos casos de TB, Natal/RN, 2011.....	77
Figura 9 - Médias e intervalos de confiança da variável referente à realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento nas Unidades de Saúde em Natal/RN, segundo os profissionais médicos e enfermeiros, 2011.....	79
Figura 10 - Mediana e distribuição percentil do tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento nas Unidades de Saúde em Natal/RN, 2011.....	80
Figura 11 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes aos tempos para a realização dos exames e entrega dos resultados nas Unidades de Saúde, em Natal/RN, 2011.....	82
Figura 12 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à participação dos profissionais em treinamentos e planejamento de ações relacionadas à TB nas Unidades de Saúde TB em Natal/RN, 2011.....	83
Figura 13 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à participação de médicos e enfermeiros em treinamentos e planejamento de ações relacionadas à TB nas Unidades de Saúde TB em Natal/RN, 2011.....	84

Figura 14 - Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011.....	85
Figura 15 - Fatores relacionados aos serviços de saúde que dificultam aos profissionais identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011. (n= 115).....	85
Figura 16 - Fatores relacionados aos doentes que dificultam aos profissionais identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011. (n= 53).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis e indicadores correspondentes, segundo os componentes Estrutura (Capacidade) e Processo (Desempenho) da APS focalizados no estudo. Natal/RN, 2011.....	65
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Distribuição do número de profissionais por tipo de Unidade de Saúde e por categoria profissional de acordo com o CNES, Natal/RN, 2010.....	61
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*
APS – Atenção Primária à Saúde
BSR – Busca de Sintomático Respiratório
BK – Baciloscopia
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DOTS – Tratamento Supervisionado Diretamente Observado
ESF – Estratégia de Saúde da Família
E-P-R – Estrutura-Processo-Resultado
GEOTB – Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose
HIV - *Human immunodeficiency virus*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PCAT – The Primary Care Assessment Tool
PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose
PSF – Programa Saúde da Família
REDETB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
RN – Rio Grande do Norte
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SR – Sintomático respiratório
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3 REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	33
3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE.....	39
3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENFOQUE NO DESEMPENHO.....	45
3.4 AÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	47
4 MATERIAL E MÉTODOS	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	56
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	56
4.3. LOCAL DO ESTUDO.....	57
4.3.1 Descrição do Município	57
4.4 POPULAÇÃO.....	60
4.5 AMOSTRAGEM.....	61
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	63
4.6.1 Questionário	63
4.6.2 <i>Check-list</i>	64
4.7 VARIÁVEIS E INDICADORES DO ESTUDO.....	64
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	66
4.9 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	66
4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	67
5 RESULTADOS	72
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	72
5.2 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	72
5.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	74

5.4 TEMPO DECORRIDO ENTRE A IDENTIFICAÇÃO DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO E O INÍCIO DO TRATAMENTO.....	79
5.5 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	82
5.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE.....	84
6 DISCUSSÃO.....	88
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	88
6.2 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	89
6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	91
6.4 TEMPO DECORRIDO ENTRE A IDENTIFICAÇÃO DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO E O INÍCIO DO TRATAMENTO.....	95
6.5 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	97
6.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE.....	100
7 CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	121
ANEXOS.....	128

INTRODUÇÃO

*"Todo desejo inicial é difícil. Sábio é aquele que não desanima com os tropeços."
(Epicteto)*

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), apesar de ser uma das doenças infecciosas mais antigas, bem conhecida e há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso, permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em âmbito global, cujo combate é uma das metas assumidas pelos 189 Estados Membros das Nações Unidas, para o “Desenvolvimento do Milênio”, com o compromisso de deter, até 2015, a prevalência e a mortalidade relacionada à TB (BRASIL, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). No entanto, dados epidemiológicos indicam que o problema ainda permanece em níveis mundial, nacional e local.

Atualmente, segundo registros da Organização Mundial de Saúde, a TB afeta cerca de um terço da humanidade, infectando aproximadamente 54 milhões de pessoas anualmente, onde 9 milhões desenvolvem a doença e 3 milhões morrem, levando ao óbito mais indivíduos do que qualquer outra doença infecciosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

No Brasil, a TB esteve presente como problema de saúde pública durante todo o século XX, sendo conhecida como “calamidade negligenciada”. O problema ainda permanece não solucionado no século XXI, em virtude da elevada incidência da doença, representando uma carga social e econômica para o sistema de saúde (RUFFINO-NETTO, 2002; GONÇALVES; PENNA, 2007).

Estima-se que cerca de 50 milhões de brasileiros estejam infectados com o bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* e que aproximadamente 95 mil casos sejam notificados anualmente. Dentre os casos pulmonares, 60% são bacilíferos, o que representa um fato preocupante, tendo em vista o elevado poder infectante destes indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Atualmente, o país ocupa o 19º lugar no *ranking* dos 22 países responsáveis por 80% dos casos estimados de TB, razão pela qual é considerado país prioritário para o controle da doença (BRASIL, 2010).

No tocante à distribuição de casos de TB por região geográfica, o Sudeste apresenta-se com 48% dos casos. O Nordeste do país ocupa a segunda posição, com 29% dos casos registrados, seguido das Regiões Sul (10,12%), Norte (8,71%) e Centro-Oeste (4,36%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O Estado do Rio Grande do Norte (RN), que notificou, no ano de 2010, 1192 casos de TB, dos quais 532 eram pulmonares positivos (RIO GRANDE DO NORTE, 2010), concentra sete dos 315 municípios eleitos como prioritários para o controle da TB, sendo eles: Natal, Mossoró, Parnamirim, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Caicó e Ceará Mirim (BRASIL,

2004a). Segundo Ruffino-Netto (2001), os municípios eleitos como prioritários, em conjunto, contêm 75% dos casos de TB no Brasil, reforçando a posição de destaque, e alerta para o RN.

O Município de Natal apresentou, em 2010, 517 casos de TB e uma incidência anual aproximada de 65/100.000 habitantes, sendo a taxa de incidência de TB bacilífera de 23/100.000 habitantes (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Diante do desafio de controlar esses indicadores epidemiológicos e o avanço da doença, importantes iniciativas promovidas por órgãos internacionais de saúde, nas últimas décadas, buscaram impulsionar os governos e a sociedade civil dos diversos países para ampliar as ações de diagnóstico e controle da doença. O Brasil tem avançando nas propostas de controle da TB como prioridade governamental, elaborando planos estratégicos e emergenciais para ampliar as ações de diagnóstico e controle da doença em âmbito nacional, estadual e municipal, bem como para mobilizar a sociedade civil para a participação e o controle das políticas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em 1994, o Brasil iniciou um plano emergencial com o objetivo de desenvolver ações de controle em 230 municípios prioritários no país, onde se concentravam 75% dos casos, visando à redução da transmissão da doença na população até 1998 (RUFFINO-NETTO, 2002).

Evoluindo nas iniciativas e estratégias de resposta à doença, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT, definindo-o como prioridade entre as políticas públicas governamentais de saúde, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, elaborando diretrizes para as ações, com a fixação de novas metas: diagnosticar 92% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos que foram diagnosticados (BRASIL, 2001). Além disso, buscava a extensão da cobertura das atividades de controle da doença, introduzia o tratamento supervisionado e instituiu uma nova forma de bônus aos municípios para cada caso descoberto, tratado e efetivamente curado (RUFFINO-NETTO, 2001; BRASIL, 1999a).

No ano de 2000, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária foi integrada no Departamento da Atenção Básica (DAB) e formalizada na estrutura do Ministério da Saúde. Tal integração possibilitou pensar novas estratégias para o controle da tuberculose no país no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2003).

Em 2001, foi instituída a Norma Operacional da Assistência do SUS (NOAS/SUS/2001) com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Essa norma vem definir as responsabilidades e estratégias mínimas que os municípios devem desenvolver

no âmbito da atenção básica. Apresenta sete eixos estruturantes, dentre eles o controle da tuberculose (BRASIL, 2003).

Em 2006, com a implantação das diretrizes do Pacto pela Saúde, que possui como uma das suas dimensões – o Pacto pela Vida –, fortalece-se a capacidade dos municípios para as respostas às doenças emergentes e endêmicas, dentre elas a TB. Desse modo, define-se como meta atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de TB bacilífera diagnosticados a cada ano, através de ações integradas das unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Saúde da Família – USF), com os ambulatórios de referência e os outros níveis de complexidade.

Nesse sentido, a política de reorientação da atenção básica, impulsionada pela NOAS (2001) e corroborada pelo Pacto pela Vida (2006), transfere para os municípios a responsabilidade pelas ações do PNCT como competência desse nível de complexidade para melhoria do acesso às ações de controle, diagnóstico e tratamento da doença. Nesse sentido, o PNCT introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, enfatizando a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e das Equipes de Saúde da Família como instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono (MUNIZ et al., 2005).

Nessa perspectiva, espera-se que as unidades de atenção básica sejam a porta de entrada para assistência à saúde da população, promovendo o acesso ao diagnóstico precoce da TB e garantindo o tratamento. A proposta é dar maior resolutividade para os casos de TB, com ações pautadas no modelo de vigilância à saúde (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

Nessa abordagem, os gestores municipais, juntamente com o gestor estadual deverão agir de forma planejada e articulada para garantir a implantação das ações de controle da TB nas unidades, tais como: estruturação da rede de serviços de saúde para identificação de sintomáticos respiratórios (SR); organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos; garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou autoadministrado dos casos; proteção dos sadios; alimentação e análise das bases de dados para tomada de decisão (BRASIL, 2002a). Isso implica na definição de estratégias e ações a serem desenvolvidas nos serviços de atenção primária em todo país, mais especificamente pelas UBS e USF, para o efetivo controle da TB em todo território nacional.

O Ministério da Saúde propõe que as unidades de atenção básica de todos os municípios realizem as seguintes ações: identificar sintomático respiratório (SR), fazer o diagnóstico de tuberculose, iniciar o tratamento, acompanhar e tratar os casos confirmados, dar alta aos pacientes; aplicar a vacina BCG; coletar material para baciloscopia de escarro, estabelecer um fluxo de envio do material para o laboratório de referência; realizar a prova

tuberculínica, exame anti-HIV quando indicado; dispor de estoque de medicamentos específicos para os doentes inscritos no programa de tuberculose; fazer tratamento supervisionado; manter o livro de controle de tratamento dos casos de TB com informações atualizadas acerca do seu acompanhamento, baciloscopias e critério de alta, informar a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) acerca dos casos atendidos e situação de encerramento (resultado do tratamento) desses casos; fazer uma programação anual para o PNCT, juntamente com a Vigilância Epidemiológica do município, estabelecendo metas a serem atingidas; fazer visita domiciliar; treinar os recursos humanos da unidade básica de saúde; realizar ações educativas junto à clientela da unidade de saúde, bem como na comunidade; divulgar os serviços prestados tanto no âmbito do serviço de saúde como na própria comunidade (BRASIL, 2002a).

No tocante aos responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações nas unidades de atenção básica, Andrade et al. (2007) destacam as equipes de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS), como elementos organizadores da demanda local, planejadores das ações de saúde, educadores populares e essencialmente agentes de transformação social.

Assim, esses profissionais são atores importantes no desenvolvimento das ações de controle da TB na atenção básica, especialmente aquelas voltadas para o diagnóstico precoce da doença. Arcêncio (2006) e Gomes (2007) referem que os municípios onde se tem uma equipe integrada, e uma relação de confiança, compromisso e responsabilidade estabelecida com o usuário doente de TB, bem como profissionais sensibilizados e envolvidos nas ações de diagnóstico e controle da doença, há maiores possibilidades de adesão e êxito no tratamento, atingindo-se indicadores próximos aos esperados ou ainda maiores.

Observa-se, assim, uma forte política de incentivo do MS para que as ações de diagnóstico e controle da TB sejam integradas na atenção básica, e desempenhadas de forma efetiva por esses profissionais. Todavia, esse processo vem ocorrendo de forma gradual e diversificada neste nível de atenção compreendido pelas UBS, pelo Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando algumas contradições, entraves e dificuldades de ordem organizacional, política, social e até mesmo cultural (JAMAL; MOHERDAUI, 2007; SCATENA et al., 2008; MONROE et al., 2008; SCATENA et al., 2009; GONÇALVES, 2002; MENDES, 1998).

Nos aspectos relacionados ao sistema de saúde são descritos fatores como: dificuldade de acesso, inadequado acolhimento do doente, baixa prioridade na procura de SR e de contatos intradomiciliares, baixo nível de suspeição diagnóstica de TB (JAMAL;

MOHERDAUI, 2007; SCATENA et al., 2009). Esses condicionantes podem estar associados à forma de organização dos serviços de saúde e da atenção ao doente de TB em cada localidade.

Da mesma forma, a debilidade qualitativa e quantitativa de recursos humanos, caracterizada pela falta de profissionais, a sobrecarga de funções, a inadequada qualificação das equipes, os baixos salários e a alta rotatividade de profissionais, assim como a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde, configuram-se como obstáculos para o efetivo desempenho dessas ações na atenção primária (MONROE et al., 2008; SCATENA et al., 2009).

Muniz et al. (2005) demonstraram ainda fragilidades das ações de diagnóstico e controle da TB na ESF, que dizem respeito à gama de atividades sob responsabilidade dos profissionais, o que gera uma sobrecarga de trabalho e resulta na falta de envolvimento em algumas ações, como a busca de sintomático respiratório.

Outros aspectos frágeis relacionados à estrutura dos serviços de saúde correspondem à inexistência de setor específico para o atendimento clínico dos casos de TB na ESF, comprometendo a biossegurança dos trabalhadores e dos seus usuários, bem como a agilidade na divulgação dos resultados da baciloscopia, e, portanto, o diagnóstico e o início do tratamento (OLIVEIRA; NATAL, 2007). Destaca-se que o retardo do diagnóstico contribui para o agravamento do quadro clínico e progressão geométrica da disseminação do bacilo (DYE et al., 2003).

Por outro lado, Marcolino et al. (2009), em estudo realizado em Bayeux (PB), mostrou que o acesso às ações de diagnóstico e controle da TB vem se estabelecendo na prática das ESF, na medida em que há disponibilidade de consulta médica em tempo hábil de 24 horas, com fornecimento de medicamentos específicos. Contudo, mencionam também a existência de fragilidades relacionadas à estrutura, disponibilidade de insumos e organização do serviço.

Quanto à realização do diagnóstico, Meirelles (2003), em uma cidade no Estado de São Paulo, apontou que a maioria dos casos de tuberculose era identificada em nível terciário de atenção à saúde, demonstrando baixo envolvimento da rede de atenção primária para a identificação de SR. Essa fragilidade na responsabilização da atenção primária pelo diagnóstico de TB também é mencionado por Pinto (2011), em Natal/RN, quando refere que 70% dos casos são diagnosticados em nível terciário.

Frente a essas fragilidades, Gazetta (2004) acredita que os entraves podem estar relacionados às dificuldades no acesso e no desenvolvimento das ações de diagnóstico e

controle da TB nos serviços de atenção primária, ou à falta de integração desses serviços no controle da doença, o que contribui para a identificação tardia dos casos de TB.

Apesar da expectativa de que a atenção primária, e mais especificamente a ESF, possa viabilizar o diagnóstico precoce e o controle da TB, é possível inferir que a transferência de responsabilidades para esse nível de atenção deve ser realizada de modo cauteloso e, sobretudo, gradual, na medida em que a realização das ações de controle não depende apenas da boa vontade e disposição. Compreende-se a necessidade de equipes qualificadas para lidar com a complexidade dessa doença, a qual envolve determinantes sociais, econômicos, culturais e estigmatizantes, bem como de envolvimento e de definição conjunta de prioridades e estratégias de atuação entre os atores-chave desse processo nos níveis centrais e periféricos do sistema de saúde, o que ainda não é observado efetivamente na nossa realidade.

Frente a essa problemática, novas metodologias vêm sendo requeridas para analisar o alcance dos componentes da APS e o desempenho das unidades (USF e UBS) na ampliação das atividades de busca ativa, diagnóstico precoce, controle de comunicantes e acompanhamento dos casos, uma vez que a descentralização das ações de diagnóstico e controle da TB para a esfera da Atenção Primária à Saúde (APS) vem estabelecendo reorientação da prática das equipes de saúde da família.

As ações de tuberculose no Município de Natal foram abordadas por Paiva (2010) e Pinto (2011), na visão dos ACS, objetivando analisar as ações de busca de sintomático respiratório (BSR). Nesses estudos, concluiu-se que a BSR é incipiente e se relaciona à qualidade do serviço e às deficiências ligadas aos insumos para o acondicionamento do escarro. Recomendações foram feitas no tocante à capacitação dos ACS e à organização do serviço.

Logo, torna-se necessária a realização de um estudo que analise o desempenho das ações de diagnóstico e controle na perspectiva dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), haja vista que estes são os atores responsáveis pela implementação das diretrizes do PNCT no âmbito da atenção básica. Um estudo dessa natureza assume importância pelos dados epidemiológicos que definem o município como prioritário para controle da doença, e pela contribuição ao conhecimento existente sobre as ações de TB em Natal, já registrado por Paiva (2010) e Pinto (2011).

Conforme os aportes teóricos da APS propostos por Starfield (2002), o desempenho dos serviços de atenção primária envolve a oferta de atenção, considerando dimensões como o reconhecimento da necessidade/problema, o diagnóstico e o manejo do paciente. Essa

conceituação admite que as características estruturais dos serviços sejam analisadas na medida em que estas se constituem em atributos importantes para a realização dessas atividades.

Entende-se, portanto, que a análise do desempenho dos serviços de saúde, neste estudo, envolve as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o diagnóstico e controle de TB, em âmbito individual e coletivo. A estrutura dos serviços contempla a disponibilidade de insumos e equipamentos, a retaguarda laboratorial e a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento dessas ações.

Considerando os aspectos anteriormente destacados, elaboraram-se os seguintes questionamentos: Como os profissionais de saúde que atuam nas unidades de atenção primária em saúde (UBS e USF), no Município de Natal/RN, analisam o desempenho desses serviços no desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB? Quais as condições estruturais das unidades de saúde para o desenvolvimento dessas ações?

Um estudo dessa natureza justifica-se pela importância da análise do desempenho dos serviços de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB, haja vista os problemas organizacionais que comprometem o desenvolvimento e a sustentabilidade dessas ações neste nível de atenção.

Destaca-se, ainda, que o presente estudo representa uma contribuição em âmbito nacional para o diagnóstico e controle da TB, tendo em vista que a investigação está vinculada ao Grupo Nacional de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), com sede na Universidade de São Paulo (USP), ligado à Rede Brasileira de Pesquisa em tuberculose (REDE-TB).

Em nível local, contribuí com os gestores, equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e com os profissionais que compõem as unidades de atenção primária, com a produção de conhecimentos e reflexões que os ajudarão a repensar as melhorias das práticas de saúde e, desse modo, oferecer ao indivíduo com TB e seus comunicantes uma assistência de boa qualidade, coletiva, integral e resolutiva, que promova a implementação e/ou adequação das ações para o diagnóstico da doença, a fim de assegurar uma descoberta precoce dos casos de tuberculose.

No que diz respeito à enfermagem, ressalta-se o protagonismo exercido por estes profissionais no contexto da APS, frente à liderança que possuem como elemento articulador das ações de vigilância à saúde, com destaque para as ações de diagnóstico e controle da TB, voltadas para as diferentes esferas individual, familiar e social. Sendo assim, este trabalho assume sua relevância para a enfermagem, na medida em que permite visualizar a atuação do

enfermeiro nas unidades de atenção primária frente à TB, como membro das equipes de saúde, sob uma perspectiva epidemiológica.

Destarte, oferece subsídios para a prática de enfermagem, como elemento norteador das atividades de vigilância epidemiológica exercidas pelos enfermeiros para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e controle da TB direcionadas ao paciente, família e comunidade, e pautadas no modelo de vigilância à saúde. Contribui também no âmbito gerencial, tendo em vista a participação do enfermeiro na elaboração e planejamento de ações e políticas de saúde.

OBJETIVOS

“Mau será o dia do homem quando ele se tornar absolutamente satisfeito com a vida que está levando, quando não estiver mais eternamente batendo nas portas de sua alma um enorme desejo de fazer algo maior.”

(Phillips Brooks)

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar o desempenho dos serviços de atenção primária do Município de Natal/RN para o diagnóstico e controle da tuberculose, na perspectiva dos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a disponibilidade de insumos e equipamentos das unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico da tuberculose;
- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais para o diagnóstico e controle da tuberculose nas unidades de atenção primária;
- Estimar o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento;
- Identificar a capacitação dos profissionais das unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da tuberculose;
- Analisar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para o diagnóstico da tuberculose nos serviços de atenção primária.

REVISÃO DE LITERATURA

*“Ler fornece ao espírito materiais para o conhecimento, mas só o pensar faz nosso o que lemos.”
(John Lennon)*

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será abordada a literatura pertinente que permeia e subsidia o desenvolvimento do presente estudo. A princípio, discute-se o referencial teórico norteador da discussão, tomando-se os conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Avaliação dos Serviços de Saúde. Em seguida, discorremos a respeito da Avaliação da Qualidade dos Serviços de APS, enfocando o componente desempenho. Posteriormente, abordamos as ações de controle da tuberculose desenvolvidas nos serviços de atenção primária, com ênfase nas ações para o diagnóstico, estabelecidas como de responsabilidade deste nível de atenção, destacando as atribuições da equipe profissional e os desafios enfrentados para a sustentabilidade das ações de diagnóstico da tuberculose neste nível de atenção.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A concepção de APS surgiu em 1920, no Reino Unido, através do Relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920), que instituiu a organização dos sistemas de serviços de saúde em três níveis principais: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais-escola. Esse arranjo teórico constituiu a base para o conceito de regionalização como um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de saúde da população. Posteriormente, esta proposta fundamentou a organização dos serviços de saúde em vários países do mundo (STARFIELD, 2002).

Seguindo essa linha de pensamento, o mundo passou a discutir alternativas de políticas de saúde que viessem contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária. Dessa maneira, em resposta às desigualdades no acesso, iniquidades dos serviços de saúde, insuficientes e desigual distribuição de recursos de saúde para as populações, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, foi decidida a “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar vida social e economicamente produtiva”, atualmente conhecida como “Saúde para Todos no ano 2000”, e estabelecida a APS como estratégia para o alcance dessa meta (IBAÑES et al., 2006; FIGUEIREDO, 2008, MENDES, 2002).

Constituindo em um grande marco para a atenção primária à saúde em âmbito global, a Declaração Oficial da Conferência de Alma Ata, datada de 1978 e aprovada pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1979, estabelece a APS como princípio universal de atenção à saúde e, nesse sentido, a define como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978 *apud* STARFIELD, 2002).

Nessa ocasião, também foram especificados os componentes fundamentais da atenção primária em saúde: educação em saúde, saneamento ambiental (especificamente de águas e alimentos), programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição, e medicina tradicional (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Nessa perspectiva, evidenciou-se que um dos preceitos necessários para que a atenção primária aperfeiçoe a saúde a partir dos componentes supracitados é o direcionamento para o meio social e físico nos quais as pessoas estão inseridas, considerando o contexto onde a doença ocorre e no qual o paciente vive, não se limitando apenas à enfermidade, mas considerando os diversos determinantes do processo saúde/doença (MUNIZ, 2004). Expõe-se, assim, a complexidade que a atenção primária experimenta, na medida em que deve adequar-se às necessidades da população, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (NÓBREGA, 2007), considerando o contexto ampliado de saúde e seus determinantes e trabalhando com diversos setores e atores.

Entretanto, tão complexa quanto a experiência da APS, é o entendimento dos seus conceitos, tendo em vista as diferentes interpretações geradas ao longo dos anos. Mendes (2002) e Starfield (2002) destacam que, por ocasião do estabelecimento da agenda para operacionalizar as metas acordadas em Alma Ata, constatou-se que os países em desenvolvimento estavam longe de atingi-las, enquanto que os países industrializados já as haviam alcançados, gerando, assim, variação na interpretação da “atenção primária à saúde”.

Para Mendes (2002), essa visão distorcida da atenção primária é um aspecto relevante a ser esclarecido, tendo em vista a ambiguidade de conceitos encontrados em vários países, a partir da formulação do termo nos foros internacionais. Nessa linha de pensamento, o referido

autor assinala três correntes interpretativas para APS: atenção primária seletiva, atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde e atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

No primeiro caso, a atenção primária é entendida como um programa específico focalizado em pessoas e regiões pobres, onde se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por um pessoal de baixa qualificação profissional e sem possibilidade de referência a um nível de atenção mais especializado, de maior densidade tecnológica (MENDES, 2002).

Por outro lado, entender a atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de serviços de saúde é concebê-la como modo de operacionalizar a porta de entrada do sistema, enfatizando a resolutividade dos serviços nesse nível de atenção, a minimização dos custos econômicos e a satisfação às demandas da população de forma restrita ao primeiro nível do sistema (MENDES, 2002).

Finalmente, a interpretação atribuída à atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, a compreende como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando em articulação da APS com os demais níveis do sistema de saúde (MENDES, 2002).

Esta última é apontada pelo referido autor como “a mais correta do ponto de vista técnico; a forma mais ampla de atuação, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil”.

Nesse contexto, a APS preconiza políticas públicas de extensão da cobertura em ação de promoção, prevenção, cura e reabilitação destinadas para grupos e controle de doenças e agravos, sendo essa terminologia e seus conceitos incorporados por muitos países, dentre eles Portugal, que utiliza os Cuidados Primários em Saúde; e no Brasil, o Ministério da Saúde adotou Atenção Básica em Saúde (FIGUEIREDO, 2008).

No Brasil, os conceitos da APS refletem os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar essa designação de Atenção Básica (AB) em Saúde (FAUSTO; MATTA, 2007), a qual foi definida pelo Ministério da Saúde, em 1999, como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999b).

Na busca pela reestruturação dos sistemas de serviços de saúde nos países, o Ministério da Saúde enfatiza a descentralização como uma das diretrizes organizacionais fortemente indutoras da responsabilização municipal para a gestão, tendo a transferência de responsabilidades para os municípios como estratégia de mudança do modelo assistencial (BODSTEIN, 2002; MARCOLINO, 2007).

Nesse cenário, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, são apresentados como propostas de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da AB. Porém, posteriormente, o PSF, inicialmente formulado como programa, passa a figurar no quadro do MS como estratégia estruturante dos modelos de atenção municipal, sendo intitulado de Estratégia de Saúde da Família.

Essa estratégia busca uma integração com a comunidade na qual se insere, realizando intervenções oportunas e precoces, com ênfase na prevenção e educação em saúde. Propugna por extensão de cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho em equipe multiprofissional e elevada resolutividade.

O esforço nacional para implantação da ESF tem possibilitado uma significativa ampliação de acesso aos serviços de AB. No entanto, ao analisar a organização do serviço de saúde no Brasil, Mendes (2001) destaca a descontinuidade da atenção nos serviços de saúde, a predominância do modelo hospitalocêntrico e a hegemonia do modelo tradicional de assistência à saúde, e a ausência de integração entre os pontos de atenção.

O modelo tradicional de assistência à saúde referido por Mendes é fundamentado na lógica de atenção por demanda espontânea e operacionalizado nas UBS, não raro, por profissionais plantonistas, que precisam responder às necessidades de uma extensa base populacional (cerca de 20 mil habitantes). O resultado disso é a falta de vínculo, o que reforça o predomínio da atenção voltada às condições agudas (MENDES, 2004).

Esta é apenas uma das fragilidades do sistema de saúde que colocam em evidência dimensões essenciais (neste caso, o vínculo) não contempladas pelo conceito de AB e que, por sua vez, se refletem na organização e desempenho dos serviços de saúde (BATAIERO, 2009).

Por essa razão, adotaremos neste estudo o conceito teórico mais amplo e compatível com as definições de APS propostas por Starfield (2002), que considera o conceito de APS compatível com o da AB, com a vantagem de ser mais ampla, tendo em vista que acrescenta dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e

orientação comunitária, aos elementos já presentes no conceito adotado pelo MS, como porta de entrada e elenco de serviços (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Nesse sentido, cabe destacar a definição de APS, estabelecida por Starfield (2002):

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros níveis de atenção fornecidos em algum lugar ou por terceiros. Assim é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária... A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde.

Partindo dessa conceituação, a autora aponta que a APS de qualidade deve possuir como base de conhecimento e operacionalização as dimensões organizacionais e de desempenho, as quais são citadas como princípios estruturais necessários para a organização dos sistemas de serviços de saúde, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (MENDES, 2002). Essas dimensões são definidas por Starfield (2002) como:

- Primeiro contato: Primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência. Assim, o primeiro contato é conhecido como porta de entrada e implica a acessibilidade e o uso de serviços de atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Neste caso, a acessibilidade envolve a localização da unidade de saúde em relação à população a qual pretende atender, os horários e dias em que oferece os serviços, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos. Para a referida autora, a acessibilidade é um elemento necessário para a atenção ao primeiro contato e, para oferecê-la, o serviço deve ser facilmente acessível.

- Longitudinalidade: Pressupõe uma fonte regular e continuada de atenção, ou seja, a existência de vínculo entre o serviço de saúde e o usuário. Assim, o serviço de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento de saúde na unidade, exceto quando for necessário realizar consultas especializadas ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços

interpessoais que reflitam a cooperação mútua e humanizada entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.

- **Integralidade (ou elenco de serviços):** Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde, de maneira integral, incluindo o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

- **Coordenação (ou integração dos serviços):** Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui, ainda, o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores, ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados, deveriam ser avaliados nas consultas subsequentes.

- **Enfoque familiar:** Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação.

- **Orientação para a comunidade:** Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser levado em consideração.

Além desse elenco de dimensões apresentado por Starfield, Almeida e Macinko (2006) destaca outra, a qual é considerada pelos referidos autores como um importante requisito para o alcance de uma boa atenção básica:

- **Formação profissional:** Pressupõe formação específica dos profissionais de saúde, que os capacita para desempenhar suas funções, segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

Baseado nessas definições, torna-se evidente que a maior parte dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos na APS. Para isso, fazem-se necessários esforços coletivos por parte de todos os atores envolvidos no serviço de saúde que, dentro de suas atribuições, deverão atuar em torno de um objetivo em comum que é atender as necessidades de saúde da população (MUNIZ, 2004).

Neste contexto emerge, oportunamente, a necessidade de introduzir meios que permitam analisar a capacidade e o desempenho do sistema de serviço de saúde na APS, os quais serão abordados e avaliados aqui, como o enfoque na atenção à tuberculose.

3.2 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social. As suas diversas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatória, tanto para o gestor como para o pesquisador, uma explicitação das suas opções teóricas e técnicas (GRÉMY, 1983; VIEIRA-DA-SILVA;FORMIGLI, 1994; CONTANDRIOPOULOS et al., 2000 apud HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), aliada ao estabelecimento das diferentes definições existentes sobre o significado da avaliação, para a maior compreensão da temática em estudo.

O termo “avaliação” vem do latim *valere* e refere-se a valorar, atribuir certo valor ou mérito a um objeto (ESCOBAR, 2002). Consiste fundamentalmente em fazer julgamento de valor, com base em critérios previamente definidos e utilizando-se de instrumentos e referências, a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão, no enfretamento do problema e na sua resolução (TANAKA; MELO, 2001; OLIVEIRA, 2008a).

A avaliação, para a OMS, é um processo importante para o planejamento estratégico na medida em que permite formulações de juízo apoiadas em análises específicas, com o objetivo de se chegar a conclusões bem fundamentadas que subsidiem ações futuras. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995).

Nesse contexto, a avaliação em saúde pode se configurar em um instrumento central para a implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente, se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2004b). Nessa linha de pensamento, Takeda e Talbot (2006) acrescentam que avaliar é uma forma de participar da construção e aperfeiçoamento do SUS, sendo uma oportunidade dos diferentes atores participarem da configuração que se quer dar ao SUS, e, ao mesmo tempo, um processo de aprendizagem e controle social.

Dentre as avaliações em saúde, Novaes (2000) destaca aquelas que desenvolvem práticas denominadas de “avaliação tecnológica em saúde”, “avaliação de programas” e “avaliação, gestão e garantia de qualidade”.

A avaliação tecnológica em saúde é aquela que toma como unidade de análise uma tecnologia, de produto ou processo, passível de ser caracterizada na sua dimensão temporal ou espacial. Neste tipo de avaliação, o objeto é delimitado arbitrariamente permitindo maior reconhecimento da tecnologia (NOVAES, 2000).

Na avaliação, gestão e garantia da qualidade em saúde, o conceito de qualidade tem função teórica e prática central, ao se constituir em um ponto de partida para todo processo de avaliação (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação de programas em saúde tem como foco de análise os programas, considerados como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos (NOVAES, 2000). Desse modo, Gonzales (2005) esclarece que são considerados como programas tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, com a implantação de formas de atenção para populações específicas e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela.

Segundo Donabedian (1984), a avaliação de programas de saúde contempla as atividades relacionadas à manutenção e ao desenvolvimento da organização, considerando financiamento, recursos humanos, população atendida, aceitação e apoio à comunidade, relações com outros setores da saúde e outras características do ambiente da organização. O autor desenvolveu um quadro teórico-conceitual, que representa um tipo de abordagem para operacionalizar a avaliação de programas de saúde, no qual o entendimento da avaliação da qualidade em saúde é realizado a partir dos contextos de Estrutura-Processo-Resultado (E-P-R), a clássica tríade. A utilização desses três elementos é possível porque existe uma relação funcional fundamental entre eles, em que “uma boa estrutura aumentaria as probabilidades de um bom processo que, por sua vez, incrementaria as probabilidades de um bom resultado” (GIOVANELLA et al., 2002).

Para Tanaka e Melo (2001) estes componentes E-P-R apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do “sistema” que faz parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciados por este e, por conseguinte, trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato. O resultado é a característica do cliente/usuário que foi modificada na interação do processo.

Utilizando este mesmo referencial teórico (E-P-R) para avaliar a Atenção Primária no Sistema de Saúde, Starfield (2002) assinala que a avaliação da atenção primária implica em medir os componentes do sistema de serviços de saúde: “capacidade” (estrutura), o “desempenho” (processo) e o “resultado” dentro do sistema de saúde (Figura 1).

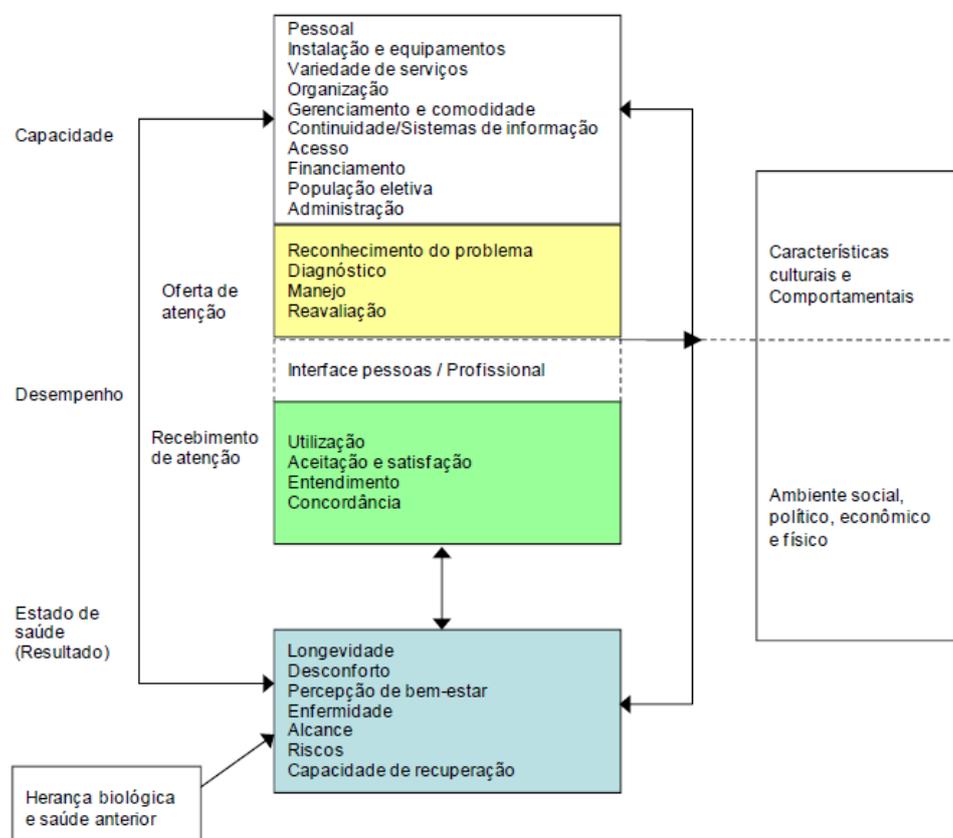
A estrutura é composta por recursos existentes para a oferta de atenção à saúde. Inclui recursos humanos, físicos, financeiros existentes e a maneira como o financiamento e a prestação de serviços estão organizados (DONABEDIAN, 1984). Segundo Starfield (2002), compreende: pessoal, instalação e equipamentos, variedades de serviços, organização, gerenciamento e comodidade, continuidade/sistema de informação, acesso, financiamento, população eletiva, administração.

O processo refere-se ao desempenho que envolve “oferta de atenção (reconhecimento do problema, diagnóstico, manejo, reavaliação), considerando as características culturais e comportamentais e “recebimento da atenção” (utilização, aceitação e satisfação, entendimento, concordância), em que o usuário decide se e quando usar o sistema de saúde e ainda se realmente quer participar ativamente do processo (STARFIELD, 2002).

No tocante a esse componente, a referida autora aponta que o desempenho de um sistema de serviços de saúde corresponde às ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços, envolvendo tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como ações da população. Destaca que a utilização dos serviços por parte da população refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde, e o reconhecimento de problemas por profissionais de saúde é a etapa que precede o processo diagnóstico, estando estes intrinsecamente ligados a questões estruturais, como, por exemplo, a acessibilidade (localização do serviço), variedade de serviços (pacote de serviços disponíveis à comunidade), população eletiva (população pela qual assume responsabilidade) e continuidade (atenção oferecida em uma sucessão ininterrupta de eventos).

O resultado diz respeito aos diferentes estados de saúde, decorrentes de seu processo de atenção, avaliando seu impacto e considerando o ambiente social, político econômico e físico (DONABEDIAN, 1984; STARFIELD, 2002).

Figura 1 - Componentes do sistema de serviços de saúde



Fonte: Starfield (2002)

Starfield (2002) acrescenta que cada um desses componentes possui determinadas características que diferem de acordo com os lugares e épocas. Além disso, eles interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe.

Tanaka e Melo (2001) sugerem algumas orientações gerais que podem ser utilizadas para implantação de um processo de avaliação. A primeira é iniciar pelo que é mais “palpável”, isto é, avaliar as ações/atividades desenvolvidas pelos serviços ou programas. Esta é uma iniciativa mais efetiva e eficiente, pois permite começar pelo que já está sendo feito. De preferência, iniciar por um aspecto pontual do que deve ser avaliado, algo considerado relevante. A segunda é começar com a avaliação do Processo ou das atividades desenvolvidas baseadas em padrões. A partir daí, pode-se desenvolver a avaliação de Estrutura e/ou Resultado.

Ao se iniciar pelo Processo, isto é, pelo núcleo de atividades essenciais que caracterizam o programa, a análise e o julgamento dos indicadores de Estrutura (condições e recursos existentes) e de resultado (modificações obtidas na clientela) terão maior utilidade na tomada de decisões. A avaliação que busca essa identificação da inter-relação e da

interdependência entre a E-P-R é a real avaliação de serviços, sistemas ou programas (TANAKA; MELO, 2001).

Quando se relacionam e associam as ações/atividades com as repercussões alcançadas no programa de saúde, torna-se possível avaliar a efetividade das ações e, conseqüentemente, decidir por alternativas que produzam os melhores resultados. Ao relacionar e associar as ações/atividades com a disponibilidade de recursos humanos, materiais ou tecnológicos do programa, será possível avaliar o grau de otimização desses recursos. Essa relação também permite a adequação tecnológica da oferta, possibilitando decisões direcionadas a uma ampliação mais racional de recursos de investimento para uma incorporação tecnológica mais adequada às características da demanda (TANAKA; MELO, 2001).

Desse modo, a avaliação de programas pode ser entendida também como avaliação para decisão, cujo objetivo dominante é de se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. O enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamentos possíveis (NOVAES, 2000).

A esse respeito, Hartz e Vieira-da-Silva (2005) destacam que no reconhecimento e delimitação do objeto a ser avaliado é necessário definir quais os níveis da realidade que se quer estudar. O campo da saúde é formado por instituições públicas e privadas que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura voltadas para a população e que podem ser abordadas, entre outras possibilidades, a partir dos seguintes níveis:

- a) Ações – diz respeito às ações de promoção, prevenção e cura desenvolvidas pelos agentes individualmente;
- b) Serviços – corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações em que diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde;
- c) Estabelecimentos – correspondem a unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade, tais como centros de saúde, hospitais, policlínicas.
- d) Sistemas – seria o nível mais complexo de organização das práticas, que envolveria todos os outros e sua coordenação. Pode corresponder a um sistema de municipal, estadual ou nacional.

A seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliados contribui para o aprofundamento

no processo de definição do foco da avaliação. Vieira-da-Silva e Formigli (2004) ressaltam que, quando se trata de avaliar um sistema de saúde, ganham relevo os atributos que se referem às características das práticas de saúde e da sua organização social. Podem ser, assim, agrupados: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade); b) relacionados com efeito das ações (eficácia, efetividade, impacto); c) relacionados com os custos e produtividade das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade e consistência); f) relacionados com o processo de implantação das ações (avaliação do grau de implantação, avaliação de processo, análise de implantação); g) características relacionais entre os agentes das ações (usuário X profissional – percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação, aceitabilidade, acolhimento; profissional X profissional – relações de trabalho e no trabalho; gestor X profissional – relações sindicais e de gestão).

Diante do exposto, Rogers (2001) observa que há um crescente consenso de que as diferenças nas abordagens e estratégias metodológicas para a avaliação dependem dos objetos e circunstâncias. Cabe dizer, então, que a escolha da abordagem e o componente inicial, para começar o processo de avaliação em um sistema, serviço ou programa de saúde, dependem do objeto que se pretende avaliar e da utilidade de seus resultados (MARCOLINO, 2007; GONZALES, 2005).

No que tange ao objeto deste estudo, foram enfatizados os componentes *Estrutura* (Capacidade) e *Processo* (Desempenho), na perspectiva de analisar o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB nas unidades de atenção primária.

Portanto, em consonância com os atributos da atenção primária e com os componentes da avaliação em saúde discutidos anteriormente, consideramos que a *Estrutura* dos serviços de saúde contempla a disponibilidade de insumos e equipamentos, a retaguarda laboratorial e a capacitação dos profissionais para desenvolver as ações de atenção à TB.

No tocante ao *Processo* enfatizamos as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o diagnóstico e controle da TB, em âmbito individual e coletivo.

Cabe ressaltar que o *Resultado*, um importante componente do sistema de serviços de saúde, o qual compreende o impacto das ações na saúde do usuário com TB e na comunidade e o cumprimento das metas, não foi foco desta investigação.

3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENFOQUE NO DESEMPENHO

No contexto da otimização da efetividade e equidade, a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupação referentes à saúde. Entretanto, o termo “qualidade” também tem sido utilizado em um sentido amplo para refletir não apenas a qualidade da atenção, conforme definida acima, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos, e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços (STARFIELD, 2002).

Particularmente na Atenção Primária, esse conceito de qualidade é visto, mais adequadamente, 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 demanda por ela.

Nesse sentido, nas abordagens para avaliação dos serviços de Atenção Primária a partir dessa perspectiva mais ampla, Starfield (2002) considera que quatro aspectos são importantes: capacidade do recurso, prestação dos serviços, desempenho clínico e avaliação do estado de saúde.

A capacidade do recurso, entendida como a capacidade para organizar a Atenção Primária, compreende a adequação dos recursos para a oferta de atenção clínica e envolve todos os aspectos ligados ao componentes estrutura (capacidade) dos sistemas de serviços de saúde, descritos no item anterior, a saber: quantitativo de pessoal adequadamente treinado para prestação da atenção primária, instalações e equipamentos, variedade de serviços, organização, gerenciamento, acessibilidade, financiamento, administração, população eletiva, dentre outros (STARFIELD, 2002).

O componente da prestação de serviços enfoca as características da prestação de serviços que são importantes no alcance de uma Atenção Primária de qualidade. Como o alcance da efetividade e da equidade dos serviços de saúde depende de um forte sistema de atenção primária, a obtenção da atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação são importantes na avaliação da qualidade da prestação dos serviços na atenção primária. A avaliação da adequação dos serviços de atenção primária envolve aspectos tanto

da capacidade como do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. A capacidade, no que tange à variedade de serviços, continuidade/sistema de informação, acessibilidade, população eletiva; e o desempenho, voltado oferta da atenção (reconhecimento do problema/necessidade) e o recebimento da atenção (utilização) (STARFIELD, 2002).

O terceiro componente da qualidade – o desempenho clínico – aborda a adequação do componente clínico da prestação de serviço, ou seja, a forma pela qual a saúde e os problemas relacionados a ela são tratados, considerando os seguintes aspectos: reconhecimento dos problemas e necessidades, a avaliação do diagnóstico, as intervenções terapêuticas e as reavaliações. Podem focalizar as enfermidades ou problemas específicos ou os aspectos mais gerais da saúde da pessoa, e não seu distúrbio específico. O primeiro enfoque é chamado específico por problema, e o segundo, genérico (STARFIELD, 2002).

A avaliação do estado de saúde, ou o resultado da atenção, compreende a longevidade, o desconforto, a percepção de bem-estar, a enfermidade, o alcance, os riscos e a capacidade de recuperação. Cabe destacar que, embora o estado de saúde e os resultados sejam conceitualmente equivalentes, Starfield (2002) destaca que o primeiro geralmente é usado quando o foco de interesse está nas populações, enquanto que o último, geralmente, se aplica a situações em que o atendimento clínico de um grupo de pacientes está sendo avaliado.

No tocante ao objeto desta investigação, serão considerados os aspectos de avaliação de desempenho dos serviços de atenção primária: capacidade para organizar a atenção primária, prestação de serviços e desempenho clínico, com enfoque neste último na medida em que analisaremos o desempenho dos serviços de atenção primária (ESF e UBS) para o diagnóstico e controle da TB, considerando as atividades relacionadas à oferta de atenção, tais como a identificação de sintomático respiratório, a busca ativa, as ações e o manejo de diagnóstico da TB e de acompanhamento dos casos.

A respeito da capacidade para organizar a atenção primária consideraremos a estrutura, os insumos e equipamentos existentes nas unidades de saúde (USF e UBS) para a viabilização da oferta e recebimento de atenção no diagnóstico da TB, assim como a capacitação dos profissionais das unidades para atuarem neste processo.

Cabe destacar que a estrutura e a prestação dos serviços serão abordadas neste estudo na medida em que consideramos a sua importância, interligação e influência destas no desempenho dos serviços de atenção primária para o diagnóstico da TB.

Os resultados, embora possuam relação com o desempenho dos serviços, conforme vimos neste e no item anterior desta revisão, não serão considerados, neste momento, como foco de investigação.

3.4 AÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nas últimas décadas, o Brasil vêm vivenciando grandes mudanças no modelo de organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, decorrentes principalmente da necessidade de se disponibilizar para a população serviços básicos, acessíveis, equitativos e de melhor qualidade (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003).

Nesse cenário, a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas e estratégias inovadoras para a mudança e reestruturação do modelo assistencial do SUS. Entre as características inovadoras do sistema de saúde, pautadas na descentralização e desconcentração de decisões e ações de saúde com maior responsabilização para os municípios, inclui-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção (BRASIL, 2000; 2004a).

Nessa perspectiva, novos modelos de reordenação do sistema de serviços de saúde vêm sendo estabelecidos, exigindo a reformulação de áreas programáticas anteriormente organizadas verticalmente e fundamentadas em diretrizes estabelecidas e coordenadas pelos governos federais e estaduais. Assim, a Estratégia de Saúde da Família surge institucionalmente como instrumento de ampliação dos espaços de atuação dessas esferas no âmbito municipal (MARCOLINO et al., 2009).

Dessa maneira, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) introduziu novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com a ESF e o PACS, e assinalando que tal parceria aliada à inserção das ações de controle da TB no âmbito da atenção básica poderia promover integração dos serviços, significando oportunidade para a expansão das atividades de controle da doença, possibilitando maior adesão terapêutica e evitando o abandono (RUFFINO-NETTO, 1999; MUNIZ et al., 2005; VILLA et al., 2006a).

Nessa direção, redefine-se a estrutura do PNCT, atribuindo-se competências a cada nível de governo. Ao federal, através do Ministério da Saúde e da Secretaria de Vigilância da Saúde, cabem a formulação da Política Nacional, elaboração de normas, avaliação de ações e apoio aos estados e municípios com recursos estratégicos. Ao estadual, por meio da Secretaria do Estado da Saúde, cabe o papel de apoiar os municípios nas suas atividades de planejamento, avaliar suas ações, garantir a execução das normas federais e oferecer recursos mais complexos que complementem as ações municipais. Aos municípios cabem o papel do planejamento e execução da maior parte das ações, a avaliação dessas ações nas unidades de

saúde da família, capacitação de recursos humanos, entre outras atividades, executadas por meio das Secretarias Municipais de Saúde com seus respectivos setores técnico-administrativos (BRASIL, 2006).

Essas atribuições, principalmente aquelas de responsabilidade da esfera municipal, alimentam a proposta de que os serviços de saúde se organizem para que a atenção básica, por meio das unidades de saúde da família, incorpore em suas atividades a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da TB. Para tal, devem ser capacitadas para realizar suspeição e diagnóstico dos casos; tratar os casos; supervisionar a ingestão medicamentosa; acompanhar os contatos; manter atualizado o sistema de informação; realizar ações preventivas (BCG, quimioprofilaxia) e educativas junto à comunidade (BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d).

Cabe destacar que a estrutura organizacional do PCT de cada município dependerá da pactuação do gestor e dos recursos (equipamentos e serviços) existentes nesta esfera de governo. Dessa pactuação emergiram três tipos de unidades (Unidade tipo 1, Unidade Tipo 2 e Unidade tipo 3), conforme a complexidade organizacional e estrutural para o atendimento. Assim, aos municípios de menor porte cabe a execução de ações de controle – busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento, controle dos contatos, ações educativas – inerentes ao que o MS denomina de Unidades tipo 1 (BRASIL, 2002b).

As Unidades tipo 2 caracterizam-se como de média complexidade. Do ponto de vista técnico-operacional, essas unidades dividem-se em assistenciais comuns, que executam as atividades de controle da tuberculose, porém funcionam como unidades de referência para pacientes das Unidades tipo 1. Contam com profissionais com maior capacitação técnica e recursos diagnósticos de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2002c).

As Unidades tipo 3 correspondem aos centros de referência estaduais, qualificadas para o atendimento de casos multirresistentes, realização de diagnóstico diferencial de pneumopatias, desenvolvimento de pesquisas e treinamento (BRASIL, 2002c).

Frente às considerações a respeito das atribuições das unidades, apontadas anteriormente, e considerando que este estudo tem como enfoque as ações de controle da TB nas unidades de atenção primária (UBS e ESF), faz-se necessário destacar as competências e atividades desenvolvidas nestes ambientes de atenção ao paciente com tuberculose e seus comunicantes. Implica explicar sobre as seguintes ações: busca de sintomáticos respiratórios na comunidade, realização dos exames diagnósticos, com destaque para a baciloscopia, notificações dos casos diagnosticados, disponibilização dos medicamentos para o tratamento de casos, implantação e operacionalização do tratamento supervisionado, vacinação BCG dos

recém-nascidos, promoção e incentivo às ações educativas na comunidade, inerentes às unidades tipo 1, bem como destacar o papel das unidades tipo 2 e 3 para o suporte às anteriores por meio de uma rede de referência e contrarreferência, proporcionando maior cobertura e facilidade de acesso aos pacientes referenciados.

No tocante à busca do sintomático respiratório, observa-se que essa ação caracteriza-se na prática como uma ação complexa, que requer conhecimentos que vão além das habilidades técnicas/específicas. Não significa apenas questionar ao indivíduo se ele vem apresentando tosse. É preciso assegurar que o profissional desencadeie todas as etapas que envolvem o processo, considerando-se os aspectos antropológicos que permeiam esta ação, o que implica realizar uma série de ações que vão desde o contato no domicílio, a orientação sobre a doença, sinais e sintomas, modo de transmissão, identificação do sintomático respiratório, orientação sobre a coleta do escarro, encaminhamento e recebimento do material da unidade de atenção básica (UBS e USF), fluxo de exame ao laboratório de análise, recebimento do resultado pela unidade e usuário, até o encaminhamento para o seguimento ambulatorial dos casos necessários (MUNIZ, 2004; NOGUEIRA et al., 2007).

Dessa forma, a busca ativa de sintomático respiratório requer que fundamentalmente seja assumido um conjunto de ações, tanto no âmbito externo às unidades de saúde (abordagem às famílias, identificação do suspeito), como no âmbito interno (insumos, retaguarda laboratorial, referência para Raios-X de tórax) para que seja garantida a longitudinalidade da atenção (MUNIZ, 2004).

Todavia, apesar de ser considerada como uma das ações essenciais para o controle da TB, estudos mostram que essa atividade não é priorizada nas rotinas das unidades de ESF e UBS, sendo realizada de forma esporádica, pontualmente em campanhas (OLIVEIRA, 2008b; NOGUEIRA et al., 2007). Assim, a atenção é voltada às condições agudas, à manifestação da doença, em que o paciente é geralmente identificado nos pronto atendimentos, pela debilidade física diante do agravamento da doença (NOGUEIRA et al., 2007; ARCÊNCIO, 2008). O sintoma da tosse é subvalorizado pelo paciente, comunidade e profissionais de saúde (NOGUEIRA et al., 2007).

Aliada à busca ativa dos casos suspeitos, emerge outra importante ação a ser desenvolvida pelas unidades de atenção primária. Trata-se da baciloscopia de escarro, uma medida prioritária para o diagnóstico da TB pulmonar, porque permite identificar e tratar os pacientes bacilíferos e interromper a cadeia de transmissão da doença. Ainda que a baciloscopia apresente limitações, ela representa rendimento no diagnóstico de TB em razão

da facilidade na execução, por ser um procedimento laboratorial simples, confiável, pouco oneroso e disponível na rede de saúde (IGNOTTI et al., 2007).

No entanto, o referido estudo visualizou uma diferença de 67% entre ESF e Centro de Referência na solicitação da baciloscopia de escarro no diagnóstico, em que os autores reconhecem a perda da qualidade da atenção à TB, depois da descentralização da atenção à TB para a ESF. Dessa situação anteriormente apresentada, podem-se extrair duas interpretações. A primeira, o não oferecimento do pote de escarro ao SR, por deficiência dos insumos ou materiais; ou a não incorporação da BSR como atividade de rotina do ACS e profissionais na ESF. Destaca-se que os Centros de Referência detectaram mais casos de TB do que a ESF, indicando um nó na atenção básica no que diz respeito à realização da baciloscopia de escarro e posterior diagnóstico.

Uma vez confirmado o diagnóstico, se coloca como palco da atenção a abordagem aos pacientes e familiares e o estabelecimento de vínculo como garantia para o processo terapêutico. Essa intervenção requer abastecimento e distribuição regular dos medicamentos, bem como disponibilização de benefícios – cesta básica, vale-transporte – como incentivos ao tratamento supervisionado. Ademais, acresce-se que todo caso confirmado deve ser notificado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (VILLA et al., 2006a).

Ressalta-se ainda que alguns casos de difícil manejo diagnóstico e terapêutico necessitam ser referenciados às unidades tipo 2 ou 3, o que vai exigir o estabelecimento de uma rede de referência e contrarreferência organizada (BRASIL, 2002c).

Outra atividade importante a ser desenvolvidas pelas unidades diz respeito à promoção e incentivo às ações educativas na comunidade, as quais podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em escolas, igrejas, asilos, presídios e outros espaços sociais da comunidade, e até mesmo no ambiente físico das unidades de saúde. Para Muniz et al. (1999), a educação em saúde é o instrumento privilegiado pela equipe de saúde no diagnóstico precoce e controle da TB, visando à sensibilização das comunidades na identificação de sintomáticos respiratórios, realizando o diagnóstico precoce, por exemplo, bem como esclarecendo-as quanto aos aspectos clínico-epidemiológicos, estigmatizantes e culturais que envolvem esta doença, e reforçando a possibilidade de cura, através do seguimento adequado do regime terapêutico.

Após esse esclarecimento quanto às principais ações de controle da TB, com destaque para as ações de diagnóstico, notadamente percebe-se que operacionalmente parte das ações relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde está diretamente ancorada em providências estruturais, implicando em organização prévia (NÓBREGA, 2007). Assim, o

que de fato determinará a continuidade das ações desencadeadas depende do modo como se organiza e se comunicam os diferentes pontos de atenção (MENDES, 2002).

Estudo realizado por Muniz (2004) identificou lacunas entre esses diferentes pontos de atenção, apontando fragmentação do sistema de serviços de saúde. Verificaram-se falhas de comunicação entre os serviços e no fluxo de informações, dificultando a continuidade da atenção iniciada.

Além disso, destaca-se que o processo de incorporação das ações de diagnóstico e controle da TB dependerá também das especificidades locais (políticas, organizacionais, humanas) de cada município, o que os torna heterogêneos na dinâmica de enfrentamento da doença (MARCOLINO et al., 2009). Apesar das políticas ministeriais de incentivo para que essa incorporação ocorra no âmbito das unidades de atenção básica (UBS e ESF), observa-se que algumas ações tendem a permanecer centralizadas em ambulatórios de referência como modelo de organização vertical (MUNIZ, 2004).

Nesse aspecto, a referida autora ressalta que a descentralização das ações de controle da TB para os serviços de atenção básica por um lado constitui avanço significativo, por outro, ainda contém limitações importantes que precisam ser discutidas e revistas. Alguns pontos, nesse sentido, merecem ser considerados em relação à descentralização de algumas atividades de controle da TB para os serviços de saúde da atenção básica e a articulação entre os diversos níveis técnico-administrativo-gerenciais do sistema de saúde dos municípios (NÓBREGA, 2007).

Villa et al. (2006b), em estudo realizado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo, em 2005, evidenciou que há uma tendência de descentralização das atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, observação da ingestão medicamentosa através do tratamento supervisionado e busca de sintomáticos respiratórios para as unidades básicas). Enquanto que as atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, monitoramento da situação de TB, planejamento e execução de treinamentos/capacitações, supervisões das equipes locais de saúde) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada. Já as atividades de diagnóstico/tratamento se conformam como atividades centralizadas e são desenvolvidas, principalmente, nos PCTs das Unidades de Referência (54,5%) e são realizadas apenas por 27,3 % das unidades básicas.

Estudo realizado em um município nesse estado, em 2005, apontou a baixa resolutividade na rede de Atenção Primária do município para o diagnóstico da TB através da baciloscopia de escarro, detectando que 54% dos pacientes foram encaminhados para esse

exame por hospitais públicos, filantrópicos ou privados e apenas 10,7% pelas unidades básicas (GAZETTA et al., 2008).

Percebe-se, nesse cenário, que o desempenho em termos das ações de diagnóstico, acompanhamento e controle da TB desenvolvidos na comunidade e nas diferentes unidades de saúde pode ser resultado de aspectos relacionados ao paciente e/ou ao sistema de saúde. Entre os aspectos relacionados aos pacientes são descritos fatores socioeconômicos e culturais/antropológicos, como, por exemplo, o valor que se atribui à vida, à concepção sobre saúde e doença, ao estigma da doença, entre outros fatores que poderão ampliar ou restringir as possibilidades de saúde das pessoas (VILLA et al., 2006b; CAMPOS, 2007).

Entre os aspectos relacionados ao sistema de saúde são descritos fatores como: falta de acesso (ausência de unidade de saúde ou PSF próxima à residência), inadequado acolhimento do paciente, baixa prioridade na procura de sintomáticos respiratórios e de contatos intradomiciliares mesmo em locais com estratégia DOTS, baixo nível de suspeição diagnóstica de TB e utilização de metodologias diagnósticas com baixa acurácia (VILLA et al., 2006b).

Diante desse cenário, o MS destaca que a incorporação das ações de diagnóstico e controle da TB pelas equipes das unidades de atenção primária é uma prioridade nacional e faz parte da estratégia de aumento da cobertura (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d).

Portanto, cabe destacar as atribuições e responsabilidades comuns aos profissionais (médico e enfermeiro) como membros de uma equipe multiprofissional, atuando de forma integrada no desenvolvimento de confiança, compromisso, responsabilização e envolvimento na atenção à tuberculose.

Os profissionais, atuando em conjunto, como membro das equipes, são responsáveis por: identificar os sintomáticos respiratórios em visita domiciliar na comunidade e no atendimento na unidade de saúde; orientar quanto à coleta de escarro, identificando o nome do paciente, fornecendo pote e enviando ao laboratório; aplicar a vacina BCG (caso o profissional tenha capacitação para tal); realizar ações educativas junto à clientela da unidade e no domicílio; notificar caso de tuberculose que vai iniciar o tratamento; convocar comunicantes para investigação; dispensar os medicamentos e supervisionar o uso, orientando com usar a medicação; esclarecer as dúvidas dos doentes e desmistificar os tabus e estigmas; realizar visita domiciliar para acompanhamento dos casos, controle dos comunicantes e busca ativa; fazer, em equipe, a análise de coorte trimestral e planejar estratégias de controle da tuberculose na comunidade (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d).

Além dessas atividades, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) são responsáveis especificamente por: solicitar baciloscopia dos sintomáticos respiratórios para diagnóstico (duas amostras); solicitar RX de tórax segundo critérios definidos no protocolo; oferecer, a todo paciente com diagnóstico de tuberculose confirmado, o teste sorológico anti-HIV; iniciar e acompanhar o tratamento para tuberculose dos pacientes com tuberculose pulmonar e extrapulmonar; iniciar quimioprofilaxia para os comunicantes de acordo com o protocolo; solicitar baciloscopia mensal para acompanhamento do tratamento dos pulmonares bacilíferos; dar alta aos pacientes após o tratamento; encaminhar os casos para outro nível de assistência, quando necessário, com ficha de referência/contrarreferência devidamente preenchida; identificar reações adversas dos medicamentos e interações medicamentosas; iniciar e acompanhar tratamento dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopias negativas e dos casos de tuberculose extrapulmonar quando o diagnóstico for confirmado após investigação em uma unidade de referência (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d).

O enfermeiro, por sua vez, possui algumas atividades específicas dentro da equipe, a saber: realizar consulta de enfermagem mensal (conforme programação de trabalho da equipe); programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos; fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho do ACS; preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose na UBS; atualizar os critérios de alta; acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS; manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002c; BRASIL, 2002d).

Diante do exposto, cabe destacar que o desempenho das atribuições e desafios lançados a esses profissionais na responsabilização pelas ações de controle da TB é influenciado por diversos níveis, a saber: Micro – a necessidade de equipes de saúde preparadas, motivadas e sensibilizadas para assumir responsabilidades compatíveis com suas necessidades; Macro – papel dos gestores municipais de saúde, referente ao adequado desenvolvimento e alocação de recursos humanos através de investimentos em formação e capacitação; Meso – papel dos coordenadores do PCT, referente à integração e corresponsabilização entre os diversos pontos da atenção à saúde, incentivos aos profissionais, garantia de equipes qualificadas para o manejo das condições crônicas, dentre elas a TB (MONROE et al., 2008).

Portanto, o desafio para a incorporação e sustentabilidade das ações de diagnóstico e controle da TB consiste na organização da atenção a essa doença e na adoção de mecanismos de gestão que contemplem ações voltadas para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde. Que enfoque a família e a orientação para a comunidade, reconhecendo os diferentes determinantes da incorporação das ações de controle da TB na atenção primária, os quais necessitam de um sistema de vigilância da saúde que priorize a vigilância do espaço/ambiente, população, família, comunidade de ocorrência de doença. Assim como que valorize os aspectos históricos, culturais, estigmatizantes e preconceituosos que permeiam a atenção à TB e ao tuberculoso, e não mais a vigilância tradicional e pouco efetiva, focada apenas no indivíduo.

Observa-se, por fim, que a inserção de todos os atores-chave do processo de controle da TB – gestores e profissionais de saúde conscientizados e capacitados, pacientes, família e sociedade – envolvidos nos níveis central e periférico do sistema de saúde é fundamental para que efetivamente se construa um novo paradigma para saúde do doente de TB, com a real sustentabilidade das ações de controle em cada esfera governamental.

MATERIAL E MÉTODOS

“As pessoas que vencem neste mundo são as que procuram as circunstâncias de que precisam e, quando não as encontram, as criam.”
(Bernard Shaw)

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é parte de um projeto multicêntrico denominado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil” – Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008, desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

O projeto global é desenvolvido junto aos diversos atores envolvidos na atenção à TB: doentes, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde, gestores e sociedade civil. No entanto, para fins deste estudo foram contemplados os profissionais de saúde médicos e enfermeiros.

4.2 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se por ser do tipo descritivo e quantitativo, de corte transversal.

Quanto à pesquisa descritiva, Cervo e Bervian (1996) apontam que esse tipo de investigação observa, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, podendo descobrir com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre e sua relação e conexão com outros fenômenos.

No que se refere à dimensão temporal do estudo, este tem delineamento transversal, isto é, envolve coleta de dados em um ponto no tempo e é especialmente apropriado para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A utilização da abordagem quantitativa permite a coleta sistemática de informações, mediante as condições de controle e análise dessas informações através do uso da estatística descritiva. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Dessa forma, objetiva trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000).

4.3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, especificamente, nos serviços de atenção primária à saúde utilizados pelos doentes de tuberculose, a saber: Unidades de Saúde da Família implantadas e Unidades Básicas de Saúde.

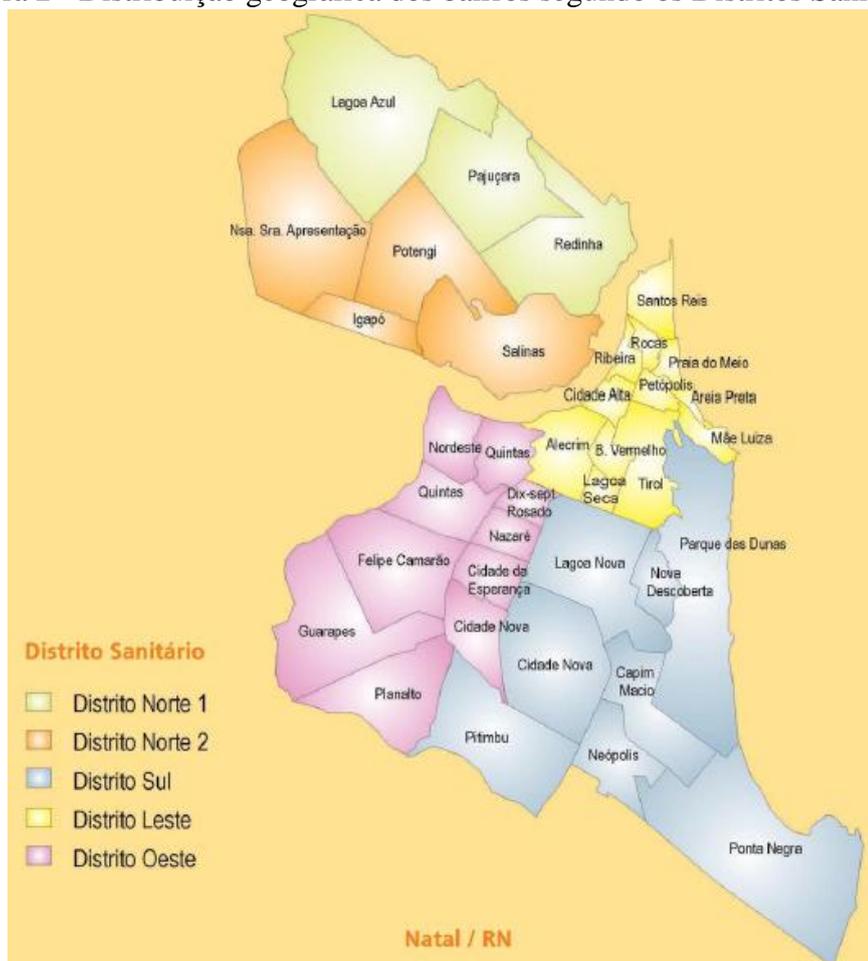
O município foi selecionado por ser de grande porte, prioritário para o controle da tuberculose (com alta incidência de TB e/ou HIV), desenvolver ações de controle da TB (diagnóstico e tratamento) na ESF e UBS.

Os dados referentes aos serviços de saúde municipais, com enfoque na atenção a TB, assim como os dados epidemiológicos são apresentados a seguir, a fim de caracterizar e destacar a condição desse município como prioritário no controle da TB.

4.3.1 Descrição do Município

Em 2010, o Município de Natal dispunha de uma população de 803.739 habitantes (IBGE, 2010), estando dividido geograficamente em 36 bairros, distribuídos em cinco regiões administrativas de saúde (Figura 2), que correspondem aos Distritos Sanitários: Norte I, Norte II, Sul, Leste e Oeste (NATAL, 2007).

Figura 2 - Distribuição geográfica dos bairros segundo os Distritos Sanitários, Natal/RN



Fonte: NATAL (2007).

No tocante aos indicadores sociais, segundo dados do último censo (IBGE, 2010), a população é exclusivamente urbana (100% dos natalenses residem em zona urbana), em idade economicamente ativa (25,5% com idade entre 23 e 39 anos) e vive em sua maioria em casas (81,3%), com abastecimento de água e energia elétrica, sendo que uma pequena parcela (0,25%) ainda reside em casas de cômodos, cortiços ou cabeça de porco. A taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais é de 8,3% e a renda mensal domiciliar *per capita* é em média de 803 reais, sendo que 50% dos domicílios possuem renda mensal de até 383 reais. No que tange às condições de saneamento básico, 61,8% dos domicílios particulares permanentes possuem saneamento adequado.

O município apresenta 41 unidades de aglomerados subnormais (assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros), onde residem cerca de 10% (80.774 pessoas) da população, com uma média de 3,58 moradores por domicílio (IBGE, 2010).

Em relação ao sistema de saúde municipal, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Serviços (CNES), o município dispõe de 1.365 estabelecimentos de saúde, sendo 76 unidades de saúde municipais, das quais 37 são Unidades de Saúde da Família e 23 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011).

Para fins deste estudo, entende-se Unidade Básica de Saúde como a unidade que realiza atendimentos de atenção básica integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por profissional de saúde generalista ou especialista em pediatria e ginecologia, podendo ou não oferecer Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT e Pronto Atendimento 24 horas (unidade mista) (NATAL, 2007).

Por outro lado, adota-se o conceito de Unidade de Saúde da Família como sendo unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua, programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF, do Ministério da Saúde (NATAL, 2007).

Atualmente, em 2011, o município dispõe de 116 equipes de Saúde da Família, que prestam assistência em atenção contínua e programática, com equipe multidisciplinar desenvolvendo atividades que atendam as diretrizes da Estratégia Saúde da Família – ESF, do MS. No entanto, cabe destacar que muitas dessas equipes funcionam de forma incompleta, sem atender o número mínimo de profissionais por equipe, conforme prevê o MS. Sendo assim, estima-se uma proporção de cobertura da ESF equivalente a 28,33%, segundo dados Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

No que tange à retaguarda laboratorial para o diagnóstico dos casos de TB, o município dispõe de quatro laboratórios para o processamento dos exames, a saber: Policlínica da Zona Norte – Distrito Norte; Unidade Mista de Felipe Camarão – Distrito Oeste; Centro Clínico Zeca Passo e Unidade Mista de Mãe Luíza – Distrito Leste; o Distrito Sul não possui laboratório municipal. Além do Laboratório Central (LACEN) localizado no Distrito Leste.

No tocante aos dados epidemiológicos da TB, no ano de 2010 o município notificou 517 casos novos de TB, apresentando uma taxa de incidência de 65,79 casos/100.000 habitantes, enquanto que a taxa de incidência de TB bacilífera correspondeu a 23,26 casos a cada 100.000 habitantes (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Nesse ano, o número de casos encerrados foi de 375 casos, e, dentre estes, 3,2% foram encerrados por óbito (12 casos); 5,3% por abandono (20 casos); e 41,86% por cura (157 casos) (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Além disso, foram identificados 56 casos de coinfeção de TB/HIV; 28 casos (5,4%) de recidiva de TB; e 75 casos (14,5%) de reingresso no tratamento para TB (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Quanto à realização de exames para o diagnóstico da TB, dos 517 casos novos de TB, 378 (73,11%) tiveram baciloscopia solicitadas. Destes, 140 baciloscopias (37,03%) apresentaram resultado positivo, 120 (31,74%) tiveram resultado negativo e 118 (31,31%) não foram realizadas (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

No que se refere à realização dos exames para HIV/AIDS, dentre os 517 novos casos de TB, apenas 103 casos (19,92%) tiveram a solicitação do referido exame. Dos exames solicitados, 13 (12,62%) foram positivos para HIV e 37 (35,92%) apresentaram resultado negativo. Em sete casos (6,7%), o exame ainda estava em andamento e em 46 (44,6%) o exame não havia sido realizado (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Quanto às metas pactuadas pelo município para o controle da TB, estas estão contidas no Eixo 01 – Atenção Integral à Saúde, Diretriz 1.3, do Plano Municipal de Saúde, que trata da atenção às pessoas em situações especiais de agravos, e na Prioridade 02: Controle da Tuberculose, correspondentes ao triênio 2011-2013 (ANEXO A).

4.4 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) vinculados às Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Natal/RN.

A princípio, o número de profissionais de saúde em cada um desses dois estratos (USF e UBS) foi pesquisado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). A Tabela 1 apresenta essa distribuição.

Tabela 1 - Distribuição do número de profissionais por tipo de Unidade de Saúde e por categoria profissional de acordo com o CNES, Natal, 2010

	Unidades Básica de Saúde	Unidades Saúde da Família	Total
Médicos	123	130	253
Enfermeiros	47	118	165

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

No entanto, quando solicitamos os dados à SMS-Natal, estes não condiziam com o encontrado no CNES, o que impossibilitou uma definição precisa da nossa população. Segundo a SMS, as USFs possuíam 109 enfermeiros e 70 médicos. Quanto ao número de profissionais das unidades básicas, este foi estimado a partir de levantamento em cada uma das unidades, uma vez que a instituição não forneceu esse quantitativo.

4.5 AMOSTRAGEM

O processo de amostragem foi realizado em cinco etapas:

1ª Etapa: Levantou-se o número de UBS e USFs existentes no Município de Natal, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que registram 37 Unidades de Saúde da Família e 20 Unidades Básicas de Saúde, totalizando 57 unidades de atenção primária no município.

2ª Etapa: Em seguida, foi pesquisado o número de profissionais de saúde em cada um desses dois estratos, tendo também como fonte a SMS. No entanto, só tivemos acesso ao número de profissionais das unidades de saúde da família, sendo o total de 109 enfermeiros e 70 médicos. Quanto ao número de profissionais das unidades básicas, este foi estimado a partir de levantamento em cada uma das unidades.

Cabe destacar que, embora o município possuísse 116 equipes de saúde da família, algumas se encontravam incompletas. Sete equipes não possuíam enfermeiros e 46 estavam funcionando sem a presença do profissional médico.

No tocante às Unidades Básicas, observou-se que, embora possuíssem profissionais médicos, estes em sua maioria eram especialistas (pediatras, ginecologistas, entre outros) que não atendiam pacientes com suspeita ou em tratamento de TB. Assim, nestas unidades eram somente os clínicos gerais que realizavam esse atendimento, o que reduziu o número de profissionais médicos a participar do estudo.

3ª Etapa – Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi definido pelo método de amostragem estratificada por partilha proporcional (BOLFARINE, 2005), conforme a seguinte elaboração da equipe GEOTB para os estudos participantes do projeto global:

Considerando:

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

W_h : proporção do estrato h

N_h : número de indivíduos no estrato h

N : número de indivíduos da população em estudo

$$n = \frac{1}{D} \sum_{h=1}^H W_h \sigma_h^2 = \frac{\sigma_d^2}{D}$$

$$D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2} \quad \text{onde} \quad B = Z_\alpha \sqrt{\sum_{h=1}^H W_h \frac{\sigma_h^2}{n_h}}$$

Pode-se determinar n, de modo que:

$$P(|\bar{y}_{es} - \mu| \leq B) \cong 1 - \alpha$$

onde:

σ_h^2 : variância do estrato h

$n_h = n \cdot w_h$ em particular $w_h = W_h = \frac{N_h}{N}$

σ_d^2 : variância dos estratos

\bar{y}_{es} : média amostral dos estratos

μ : média da população

Assumindo $B = 0,2$ (considerado um valor moderado por Hair et al., 2005) e $Z_\alpha = 1,96$ ($\alpha=5\%$, nível de significância para teste bicaudal).

Temos:

$$D = \frac{B^2}{Z_\alpha^2} = \frac{(0,2)^2}{(1,96)^2} = 0,0104$$

e

$$n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D}$$

onde S_d^2 variância amostral dos estratos, considerada um estimador de σ_d^2

Considerando $s_{UBS} = s_{USF} = 1$ (desvio-padrão amostral das UBS e USFs iguais a 1)

Assim, temos:

$$n = \frac{\sigma_d^2}{D} \cong \frac{S_d^2}{D} = \frac{1,00}{0,0104} = 96,15 \sim 97 \text{ profissionais.}$$

O cálculo para a amostragem estratificada por partilha proporcional gerou uma amostra de aproximadamente 97 profissionais. Considerando 20% de possíveis perdas com questionários incompletos e recusas, a amostra final calculada foi para 120 profissionais.

A distribuição da amostra por estrato realizou-se da seguinte forma:

- O número de sujeitos por tipo de unidade seria de 60 profissionais do estrato das UBS e 60 profissionais do estrato USFs;

- O número de sujeitos por categoria profissional e por tipo de unidade seria: dentre as UBS – 40 enfermeiros e 20 médicos; e nas USFs – 40 enfermeiros e 20 médicos. Esta proporção foi determinada com base nas estimativas do número de profissionais por categoria profissional, fornecidas pela SMS.

4ª Etapa – Seleção da amostra

Optamos por realizar a coleta em todas as unidades de atenção primária do município (UBS e USFs), sendo que, de um total de 57 unidades (37 USFs e 20 UBS), 52 foram visitadas e observadas (33 USFs e 19 UBS). Em cinco unidades não foi possível a realização da coleta, em virtude de estarem em reforma, fechadas ou por não terem o Programa de Controle da Tuberculose em funcionamento.

Nas unidades de saúde observadas, os sujeitos de cada categoria profissional foram selecionados de forma acidental, até atingir o número calculado de profissionais em cada estrato.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário e um *check-list*.

4.6.1 Questionário

O instrumento para coleta de dados tem origem no *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), desenvolvido na Universidade John Hopkins por Starfield (2002), e validado no Brasil por Almeida e Macinko (2006). O PCAT foi formulado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, sendo adaptado para ser utilizado na atenção à tuberculose no Brasil por Villa e Ruffino-Netto (2008).

O instrumento utilizado neste estudo (APÊNDICE A) foi extraído do modelo PCAT de Villa e Ruffino-Netto (2008), sendo que alguns itens foram modificados e outros retirados.

Trata-se de um questionário, composto por 42 questões, elaboradas em escala *Likert*, dicotômicas ou abertas, divididas em seis seções:

- I – Informações gerais dos profissionais;
- II – Disponibilidade de insumos e equipamentos;
- III – Ações de diagnóstico e controle da TB desenvolvidas pelos profissionais; IV – Tempo de diagnóstico;
- V – Capacitação dos profissionais;
- VI- Dificuldades enfrentadas.

As respostas dos entrevistados às perguntas do questionário eram registradas em escala de *Likert*, contendo valores entre 1 e 5. Esses números significavam o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações e correspondendo também à frequência (%) que o evento aconteceu. A resposta no número 1 da escala era a que representava a pior situação para o indicador e o número 5 a situação que indicava a resposta mais satisfatória.

4.6.2 Check-List

Para avaliar a estrutura das unidades, utilizou-se um *Check-list* (ANEXO B), que identifica a presença ou ausência dos equipamentos e insumos necessários ao diagnóstico e controle da TB nas unidades de saúde onde trabalhavam os profissionais entrevistados. Esse *check-list* faz parte dos formulários de coleta de dados utilizados no projeto global.

4.7 VARIÁVEIS E INDICADORES DO ESTUDO

Para este estudo elegeram-se 26 variáveis que correspondem às seguintes seções:

- Disponibilidade de insumos e equipamentos;
- Disponibilidade de pessoal capacitado em TB;
- Ações desenvolvidas pelos profissionais.

Conceitualmente, essas variáveis se referem aos componentes Estrutura (Capacidade) e Processo (Desempenho) da APS, segundo os aportes de Starfield (2002).

As variáveis e os indicadores pelos quais foram operacionalizadas são enumerados segundo os instrumentos de coleta de dados (*check-list* e/ou questionário) e encontram-se apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis e indicadores correspondentes, segundo os componentes Estrutura (Capacidade) e Processo (Desempenho) da APS focalizados no estudo. Natal/RN, 2011

Componentes	Variáveis e Indicadores
Estrutura ou Capacidade	Disponibilidade de insumos e equipamentos
	Presença de formulário específico para solicitar baciloscopia (V11/CL7)
	Presença de pote para coleta de escarro (V12/CL5)
	Presença de geladeira ou caixa térmica (V14/CL8)
	Presença de Livro de Sintomático Respiratório (CL11)
	Disponibilidade de consulta médica no prazo de 24 h (V18)
	Fornecimento de insumos de apoio social (cesta básica, vale-transporte e serviço de apoio psicológico) (V19)
	Presença de laboratório responsável pelo recolhimento das amostras (retaguarda laboratorial) (CL9)
	Disponibilidade de pessoal capacitado em TB
	Presença de um profissional responsável pelas ações de TB (CL13)
	Participação do processo terapêutico de pacientes de TB na graduação (V40)
	Capacitação para identificação do Sintomático Respiratório (V38)
	Preparo dos profissionais de serviço para identificar pacientes com suspeita de TB (V37)
	Participação de treinamentos relacionados à TB (V39)
Participação do planejamento das ações de controle da doença (V41)	
Processo ou Desempenho	Ações desenvolvidas pelos profissionais
	Indagação sobre os sinais e sintomas e outros problemas de saúde (V20/V21)
	Solicitação de exames de escarro, raio X e outros quando o usuário apresenta tosse, febre noturna, etc. (V22)
	Solicitação de exame HIV-AIDS para o doente (V27)
	Solicitação de exames de escarro, raio X e/ou PPD para os comunicantes intrafamiliares (V28)
	Solicitação de exames de escarro, raio X e/ou PPD para os comunicantes extrafamiliares (V29)
	Solicitação de baciloscopia de controle para pacientes em tratamento (V30)
	Realização de visita domiciliar ao doente durante o acompanhamento do tratamento (V32)
	Realização de visita domiciliar ou telefonema comunicando atraso na data de retorno à consulta mensal (V31e)
	Realização de busca ativa de sintomáticos respiratórios (V31a)
	Realização de visita na vizinhança para entrega de pote e coleta de escarro (V31b)
	Entrega de pote e coleta de escarro em organizações e locais fora da unidade de saúde (V31c)
	Participação em reuniões com a comunidade para discutir problemas relacionados à TB na unidade de saúde (V31d)
	Orientação dos agravos associados HIV, alcoolismo, abuso de drogas e outros (V31f)

Legenda: CL refere-se ao número do item no *Check-list*; V refere-se ao número do item no questionário.

Outras variáveis relacionadas aos objetivos foram também estudadas, que dizem respeito à caracterização dos sujeitos, ao tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento e às dificuldades enfrentadas pelos profissionais para identificar e diagnosticar um caso de TB na rede básica de saúde.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/CEP-UFRN, CAAE nº 0248.0.051.000-10, sob Protocolo nº 051/2011 (ANEXO C), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com vistas à garantia dos princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos.

Além disso, foi enviada uma carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Natal (APÊNDICE B), informando sobre a pesquisa, solicitando autorização para a sua realização e utilização formal do nome das instituições no relatório final da investigação, a qual também foi assinada e autorizada pelo Secretário de Municipal de Saúde da época (ANEXO D).

4.9 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do CEP-UFRN e da instituição, iniciamos as visitas às unidades de saúde para agendamento das entrevistas com os profissionais.

Antes de iniciar as entrevistas, cada entrevistado era orientado acerca dos objetivos e de sua participação voluntária no estudo, bem como da possibilidade de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo no seu trabalho profissional. Concordando em participar, os respondentes liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), em duas vias, ficando uma cópia com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

Em geral, a coleta aconteceu nos lugares de preferência dos sujeitos, sendo estes as Unidades de Saúde (local de trabalho), geralmente a portas fechadas para garantir a privacidade dos entrevistados, e com duração média de 15-30 minutos. O questionário foi autoaplicado, de maneira que os sujeitos liam e respondiam os itens na presença do entrevistador, entregando-o após completá-lo. Cabe destacar que muitos profissionais preferiram que o entrevistador lesse as questões, e eles apenas respondiam.

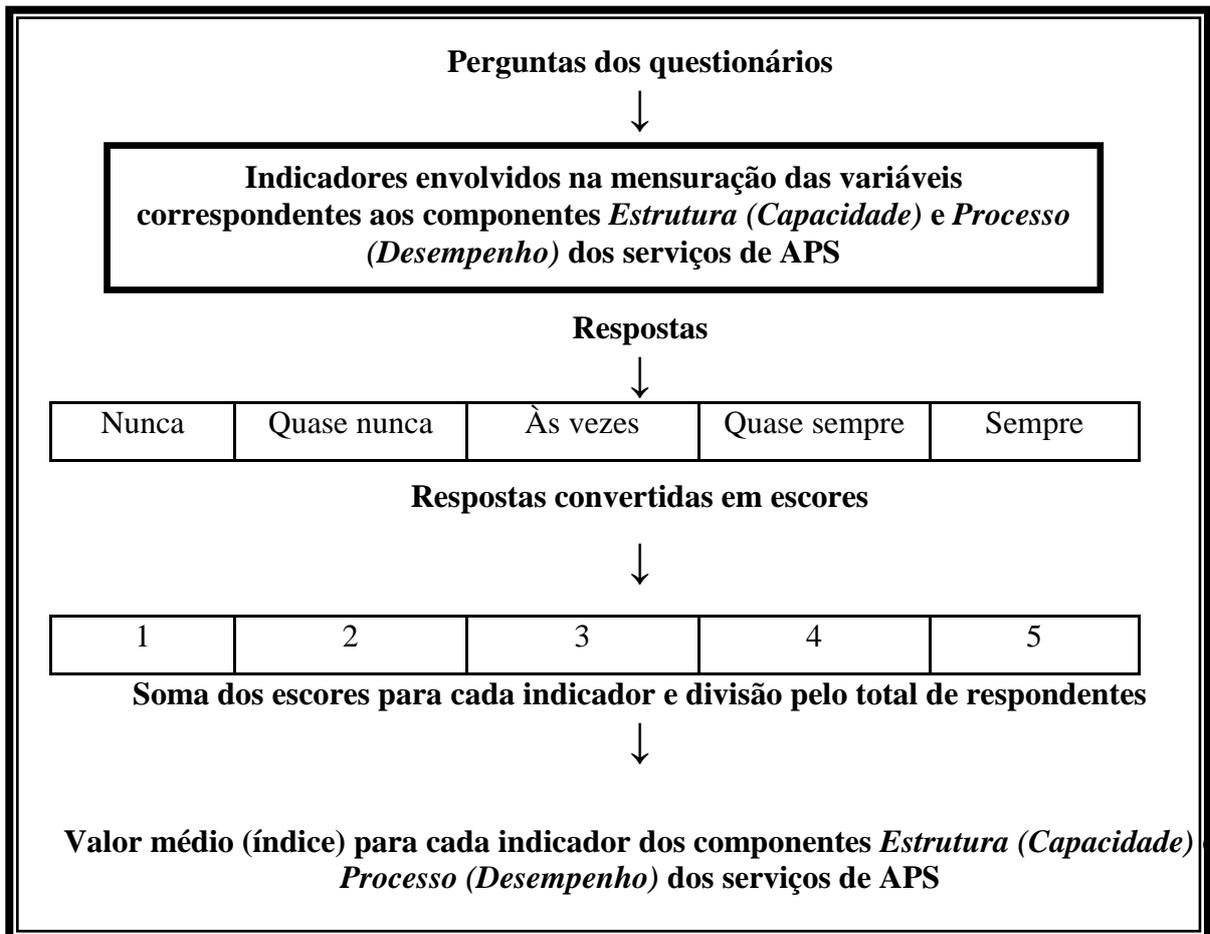
4.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram digitados e armazenados em um banco de dados previamente construído no *software* SPSS versão 17.0 e, posteriormente, transferidos para o *software* *Statistica* 8.0 da *Statsoft*.

Em seguida, foi realizada a análise estatística descritiva, com a elaboração de tabelas de frequências absolutas e relativas, objetivando uma visualização global das respostas fornecidas e dos resultados encontrados para cada uma das variáveis investigadas. Além disso, buscou-se identificar possíveis erros de digitação ou tabulação dos dados.

Os dados para a elaboração dos índices correspondentes aos indicadores sob estudo foram analisados conforme Almeida e Macinko (2006), Pinto (2011) e Silva (2011). A Figura 3 apresenta a síntese desse processo.

Figura 3 - Síntese do processo de elaboração dos índices correspondentes aos indicadores investigados acerca dos componentes de APS sob estudo. Natal/RN, 2011



Fonte: Adaptado de Almeida e Macinko (2006).

A Figura 3 demonstra o processo de análise para a construção dos índices correspondentes aos indicadores especificados para cada variável sob estudo. A análise realizou-se da seguinte forma:

- O entrevistado respondia a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, à qual se atribuiu um valor entre 1 e 5. Além disso, as respostas “não sabe” ou “recusa”, foram codificadas na análise como valor em branco;

- As respostas de todos os entrevistados para cada pergunta foram somadas e divididas pelo total de respondentes, adotando-se nível de significância estatística de 5%;

- O valor médio das mesmas configurou-se em um índice, utilizado para analisar os serviços de atenção primária na atenção à TB, no que se refere a cada um dos componentes da APS: *Estrutura (Capacidade)* e *Processo (Desempenho)*, a partir das respostas fornecidas pelos profissionais e referentes aos serviços de saúde.

Foram considerados satisfatórios os indicadores com valor médio maior ou equivalente a 4; regulares, os indicadores com valor inferior a 4 e igual ou superior a 3; e insatisfatórios, os inferiores a 3.

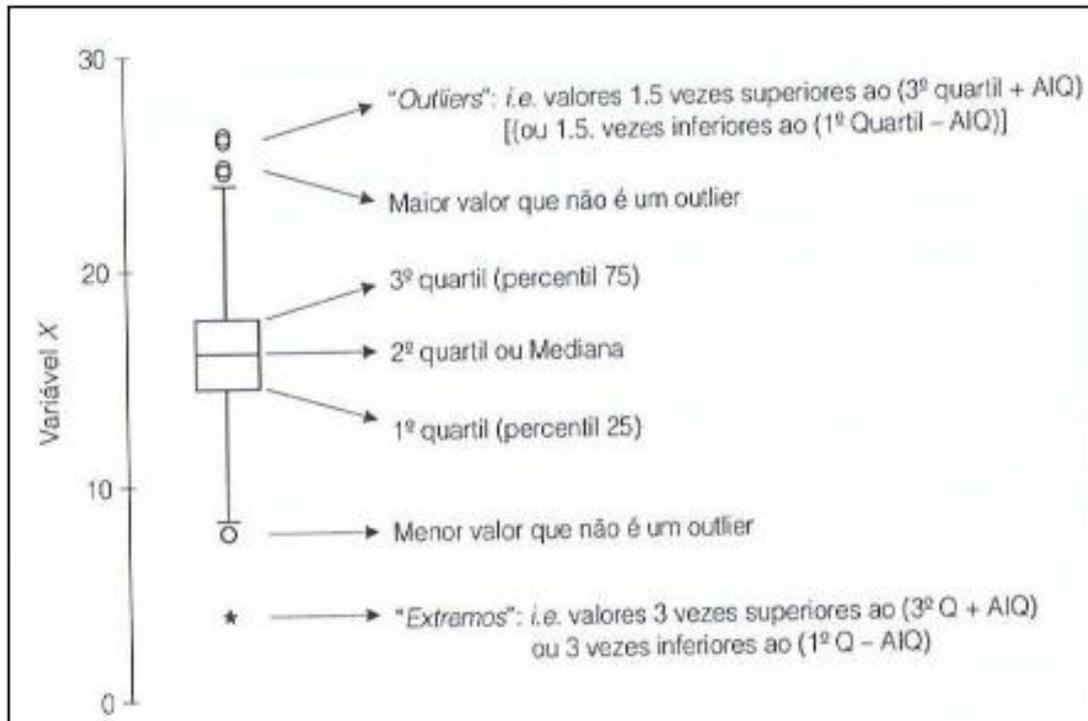
Os resultados da escala Likert foram analisados usando médias e intervalos de confiança, conforme estudos realizados por Almeida e Macinko (2006) e Pinto (2011). Os resultados dos índices médios obtidos para cada indicador foram apresentados em gráficos de *box plot*, com indicação dos intervalos de confiança, para os quais adotou-se nível de significância estatística de 5%.

As questões referentes ao tempo em dias, entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento, foram analisadas conforme medidas de tendência central (mediana), medidas de posição da variabilidade (quartis) e medidas de variabilidade ou dispersão (distância interquartílica) e apresentadas na forma de gráficos de dispersão (*box plot*), os quais permitem a melhor visualização da dispersão dos dados.

Segundo, Bussab e Morettin (2010), o *box plot* dá uma ideia da posição, dispersão, assimetria, caudas e dados discrepantes. A posição central é dada pela mediana e a dispersão pela distância interquartílica. As posições relativas à mediana, ao quartil 25 e ao quartil 75 dão uma noção da assimetria da distribuição. Os comprimentos das caudas são dados pelas linhas que vão do retângulo aos valores remotos e pelos valores atípicos.

Para maior esclarecimento da leitura do *box plot*, apresenta-se a explicação contida na Figura 4.

Figura 4 - Demonstrativo do *Box Plot* e o significado dos seus elementos gráficos



Fonte: MOROCO (2003).

Legenda: AIQ: área interquartílica ($3^{\circ}Q - 1^{\circ}Q$)

Observa-se que no retângulo contido no interior do gráfico, se apresentam os marcadores para a mediana (2° quartil) e o 1° e 3° quartis (Q_{25} e Q_{75}). A partir do retângulo, para cima, segue uma linha até o ponto mais remoto que não exceda o limite superior ($LS = Q_{75} + (1,5)dq$ - área/distância interquartílica). De modo similar, da parte inferior do retângulo para baixo, segue uma linha até o ponto mais remoto que não seja menor do que o limite inferior ($LI = Q_{25} - (1,5)dq$) (BUSSAB; MORETTIN, 2010).

Os valores acima do limite superior ou abaixo do limite inferior estabelecidos são chamados de pontos exteriores e representados por asteriscos. Essas são observações destoantes das demais e podem ou não ser chamadas de *outliers* ou valores atípicos (BUSSAB; MORETTIN, 2010).

Do ponto de vista estatístico, um *outlier* pode ser produto de um erro de observação ou de arredondamento, bem como ser erro de mediação, execução ou mesmo ser fruto de uma variabilidade inerente ao grupo investigado. Nesse sentido, constituem-se em observações fora do lugar, discrepantes ou atípicas (BUSSAB; MORETTIN, 2010).

Cabe destacar que a eliminação do *outlier*, apesar de ser muito utilizada, não é aconselhável. Ela só se justifica no caso de os *outliers* terem ocorrido devido a erros cuja correção é inviável. Caso contrário, as observações consideradas como *outliers* devem ser tratadas cuidadosamente, pois contêm informação relevante sobre características subjacentes

aos dados e poderão ser decisivas no conhecimento da população à qual pertence a amostra em estudo.

As informações referentes à questão qualitativa do questionário foram lidas cuidadosamente para detectar as temáticas que abordavam e que diziam respeito às dificuldades enfrentadas. Dessa forma, as respostas foram agrupadas e nomeadas em temáticas e, posteriormente, quantificadas em frequências absolutas e relativas.

Quanto aos dados do *Check-List* dos serviços disponibilizados pelas unidades de saúde, estes foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

*“Aquele que carrega a preciosa semente, andando e chorando, voltará, sem dúvida, com alegria, trazendo consigo a sua colheita.”
(Salmo 126:6)*

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os dados do estudo quanto: à caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa; à disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de saúde e às ações desenvolvidas pelos profissionais para o diagnóstico e controle da TB; ao tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento; à capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações; e por último, às dificuldades enfrentadas para identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

No tocante ao perfil dos profissionais entrevistados, verificou-se que a maioria era de enfermeiros (66,1%), possuía especialização (70,2%) e atuava nos distritos norte (31,4%) e sul (28,1%). O tempo médio de formação foi de 22 anos ($S=8,84$), com mediana de 24 anos. Quanto à atuação na atenção básica, o tempo médio foi de 14 anos ($S=8,75$), com mediana de 12 anos.

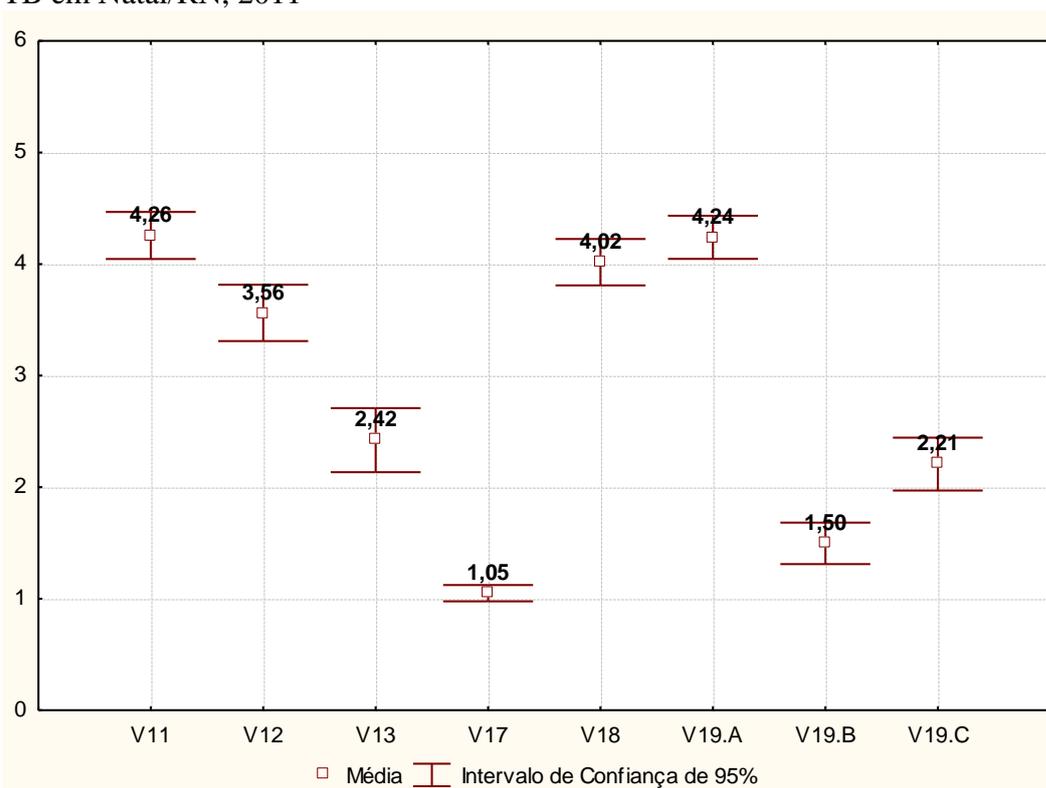
5.2 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

Na Figura 5, apresentamos as médias e os intervalos de confiança das variáveis medidas em Likert, referentes à disponibilidade de insumos e equipamentos nos serviços de saúde para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB, quanto ao formulário para solicitação da baciloscopia, presença do pote para coleta de escarro, disponibilidade dos exames de escarro e Raio X na própria unidade, da consulta médica, e outros insumos de apoio ao paciente.

Segundo a classificação dos escores médios das respostas em escala Likert (valores abaixo de 3 – disponibilidade insatisfatória, entre 3,0 e 3,9 – disponibilidade regular, e igual ou maior que 4 – disponibilidade satisfatória), verificou-se que as unidades de APS apresentaram condições satisfatórias, no que diz respeito à presença de formulário ($\bar{x}=4,26$) e à disponibilidade de consulta médica no prazo de 24 horas ($\bar{x}=4,02$). No entanto, possuíam condição regular quanto à disponibilidade de pote para a coleta de escarro ($\bar{x}=3,56$) e condições insatisfatórias para a realização dos exames de escarro ($\bar{x}=2,42$) e raioX ($\bar{x}=1,05$) na própria unidade, sendo necessário “quase sempre” ou “sempre” ser encaminhado para outro serviço para realizar esses exames.

Em relação aos insumos de apoio, observou-se condição satisfatória para o fornecimento de cesta básica ($\bar{\chi}=4,24$), e insatisfatórias quanto ao fornecimento de vale-transporte ($\bar{\chi}=1,50$) e de serviço de apoio psicológico no enfrentamento de situações de medo, depressão e preconceito ($\bar{\chi}=2,21$).

Figura 5 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de saúde para a realização de diagnóstico e controle da TB em Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: V11 – Presença de formulário para solicitar baciloscopia; V12 – Disponibilidade de pote para coleta de escarro; V13 – Necessidade de encaminhamento para outro serviço para colher o BK; V17 – Realização do Raio X no serviço; V18 – Disponibilidade de consulta médica no prazo de 24 horas; V19A. – Fornecimento de cesta básica; V19B. – Fornecimento de vale-transporte; V19C. – Serviço de apoio psicológico.

Quanto à disponibilidade de outros insumos, 56,2 % (68) dos 121 profissionais referiram que a unidade em que atuavam não possuía geladeira ou caixa térmica para armazenamento de material biológico (baciloscopia); 62% (75) afirmaram que o doente entregava a amostra de escarro em outro serviço, diferente daquele em que o exame foi solicitado.

A documentação da disponibilidade dos insumos no momento da coleta de dados, observada e registrada através do *Check List* (ANEXO B), mostrou que, das 52 unidades de saúde, 63,5 % (33) possuíam pote de escarro no serviço, 90,4% (47) possuíam formulário específico para o pedido de baciloscopia de escarro, 88,5% (46) tinham livro de registro de

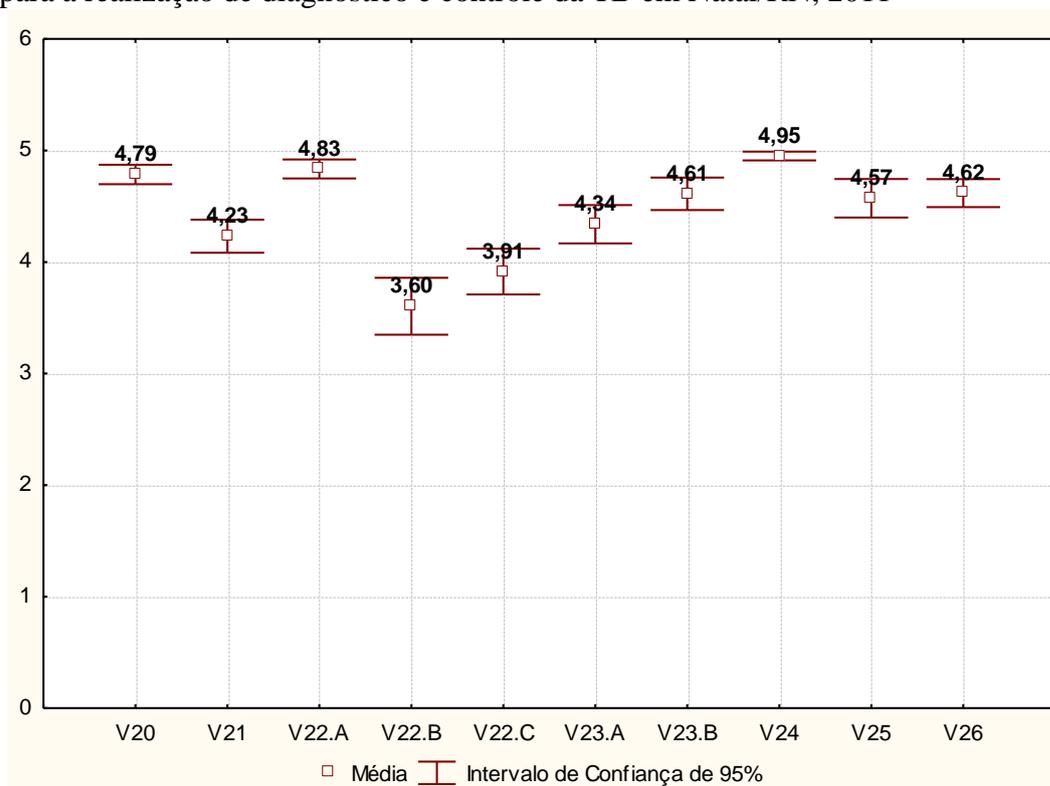
sintomáticos respiratórios e em todas havia um profissional responsável pelas ações de controle da TB, sendo este o enfermeiro.

Além disso, observou-se que 80,8% (42) das unidades não possuíam geladeira para o acondicionamento dos exames de escarro, e 55,8% (29) não tinham um laboratório responsável por recolher as baciloscopias, e transportá-las para análise. No entanto, das 23 unidades em que havia laboratório responsável, na maioria (78,3%), este passava diariamente, sempre que solicitado, e no turno da manhã.

5.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Figura 6 apresenta as médias e os intervalos de confiança das variáveis referentes às ações desenvolvidas para o diagnóstico e controle da TB, quanto ao questionamento sobre sinais e sintomas e outros problemas de saúde, orientações sobre como coletar o escarro e solicitação de exames.

Figura 6 - Médias e intervalos de confiança referentes às variáveis das ações desenvolvidas para a realização de diagnóstico e controle da TB em Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

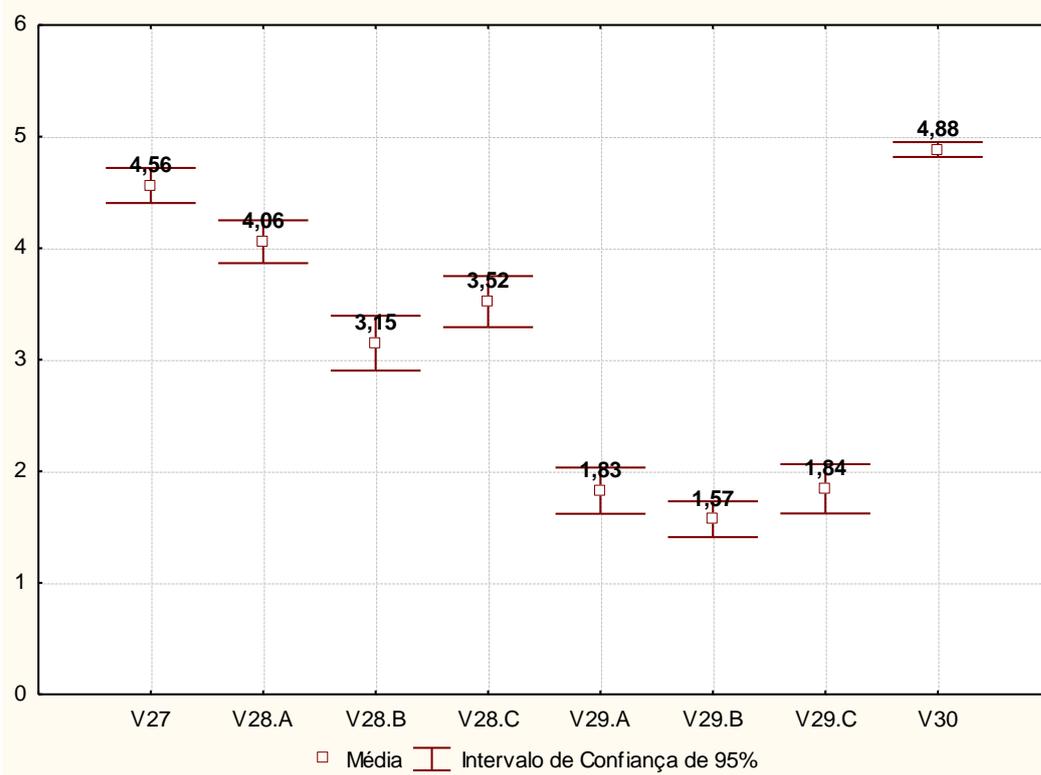
Legenda: V20 – Questiona sobre sinais e sintomas; V21 – Questiona sobre outros problemas de saúde; V22– Solicitação de exames, quando o doente procura o serviço de saúde apresentando tosse, febre noturna, etc.: V22A – Exame de escarro; V22B – Raio X; V22C – Outros exames; V23A – Frequência com que os médicos solicitam o exame de escarro para o doente; V23B – Frequência com que os enfermeiros solicitam o exame de escarro para o doente; V24. – Frequência com que o exame de escarro é solicitado ao doente quando ele chega até o SS apresentando tosse, febre, etc. A questão 24 foi analisada de forma diferente na escala: 5 (na primeira consulta), 4 (na segunda consulta), 3 (na terceira consulta), 2 (na quarta consulta), 1 (na quinta ou mais consulta); V25 – Ensina o doente como coletar o exame de escarro; V26 – Frequência com que o Raio X é solicitado ao doente quando ele chega até o SS apresentando tosse, febre, etc. A questão 26 foi analisada de forma diferente na escala: 5 (na primeira consulta), 4 (na segunda consulta), 3 (na terceira consulta), 2 (na quarta consulta), 1 (na quinta ou mais consulta).

Segundo a classificação dos escores médios das respostas em escala Likert (valores abaixo de 3 – insatisfatória, entre 3,0 e 3,9 – regular, e igual ou maior que 4 –satisfatória), verificou-se que os profissionais durante os atendimentos aos pacientes de TB questionavam sobre sinais e sintomas ($\bar{x}=4,79$), assim como sobre outros problemas de saúde ($\bar{x}=4,23$), solicitavam exame de escarro para o doente quando estes chegavam aos serviços apresentando tosse, febre noturna, etc. ($\bar{x}=4,83$) logo na primeira consulta ($\bar{x}=4,95$) e ensinavam ao doente como coletar o exame de escarro ($\bar{x}=4,57$). Já a solicitação do Raio X ($\bar{x}=3,60$) e de outros exames ($\bar{x}=3,31$) ocorria de forma menos satisfatória (regular).

No tocante à solicitação dos exames de escarro por médicos e enfermeiros, observou-se que ambos apresentavam escore satisfatório ($\bar{x}=4,34$ e $\bar{x}=4,61$, respectivamente).

Ainda em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais para o diagnóstico e controle da TB, na Figura 7 apresentamos as médias e os intervalos de confiança das variáveis referentes à solicitação do exame de HIV/AIDS, baciloscopia de escarro, Raio X e PPD para comunicantes intrafamiliares e extrafamiliares.

Figura 7 – Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes às ações de solicitação de exames para o doente, comunicantes intrafamiliares e extrafamiliares, em Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

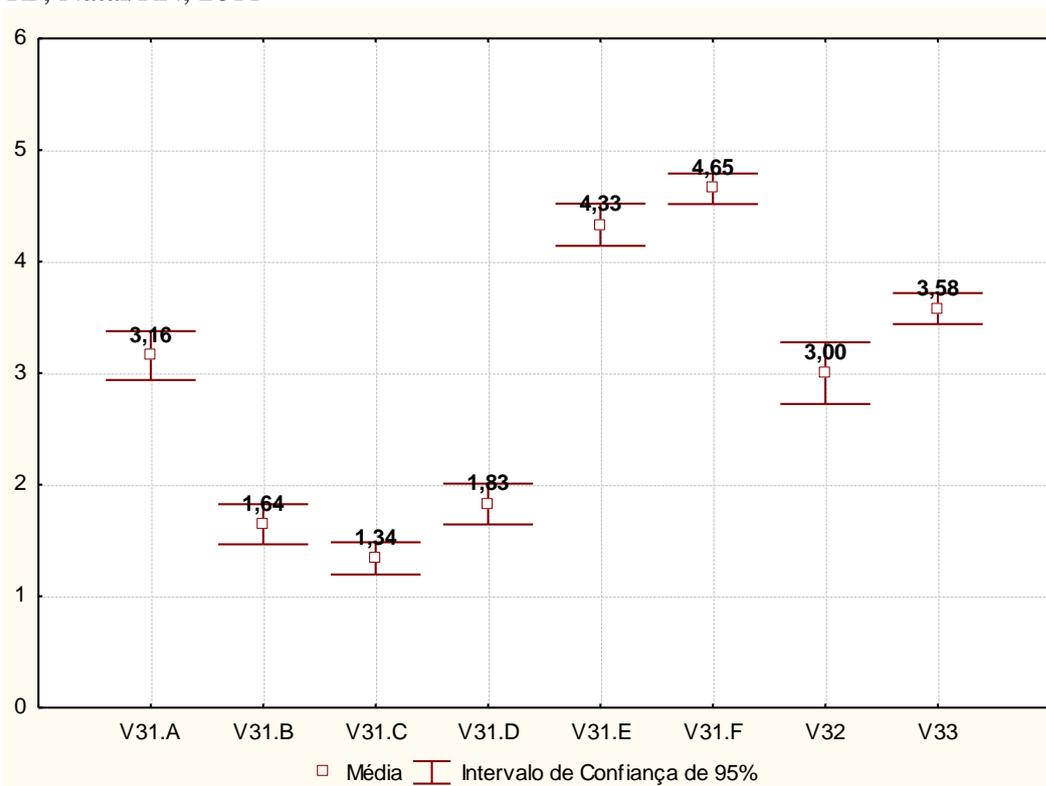
Legenda: V27 – Solicitação do exame HIV/AIDS; V28 – Solicitação de exames para pessoas da família e/ou que moram na mesma casa que o doente: exame de escarro (V28.A); Raio X (V28.B); PPD (V28.C); V29 – Solicitação de exames para pessoas que trabalham e/ou estudam com o doente: exame de escarro (V29.A); Raio X (V29.B); PPD (V29.C); V30 – Solicitação do exame de escarro durante a consulta de controle.

Verificou-se que os profissionais realizavam de forma satisfatória as solicitações de exame HIV/AIDS ($\bar{x}=4,56$), de exames de escarro para comunicantes intrafamiliares ($\bar{x}=4,06$) e de exames de escarro de controle ($\bar{x}=4,88$), sendo que durante as consultas de controle a baciloscopia era solicitada sempre, a cada 2 meses. Destaca-se, ainda, que os profissionais realizaram de forma menos satisfatória (regular) a solicitação dos exames de Raio X ($\bar{x}=3,15$) e PPD ($\bar{x}=3,52$) para os comunicantes intrafamiliares. Porém, no tocante aos comunicantes extrafamiliares, que envolvem as pessoas que trabalham ou estudam com os

doentes, verificou-se que eles realizavam de forma insatisfatória a solicitação dos principais exames: BK, Raio X e PPD ($\bar{\chi}=1,83$, $\bar{\chi}=1,57$, $\bar{\chi}=1,84$, respectivamente).

Em seguida, as médias e os intervalos de confiança das variáveis referentes às ações desenvolvidas para a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e o acompanhamento dos casos de TB são apresentados na Figura 8.

Figura 8 – Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes às ações desenvolvidas para a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e o acompanhamento dos casos de TB, Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: V31A – Busca de sintomáticos respiratórios; V31B – Realiza visitas na vizinhança para entrega de pote e coleta de escarro; V31C – Desenvolvem ações de saúde em igrejas, associações de bairro, etc., para a entrega do pote e coleta de escarro; V31D – Participa e desenvolve reuniões com a comunidade para discutir o problema da TB na unidade de saúde; V31E – Realiza visita ou telefonema comunicando atraso na data de retorno a consulta mensal; V31F – Orienta quanto aos agravos associados; V32 – Realiza visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento; V33 – Avaliação do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do serviço, em relação às ações de TB. A questão 33 foi analisada de forma diferente na escala: 1 (muito ruim), 2 (ruim), 3 (regular), 4 (bom), 5 (muito bom).

Verificou-se que as ações de busca de sintomáticos respiratórios ($\bar{\chi}=3,16$) e a realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento ($\bar{\chi}=3,00$) foram classificadas como regular.

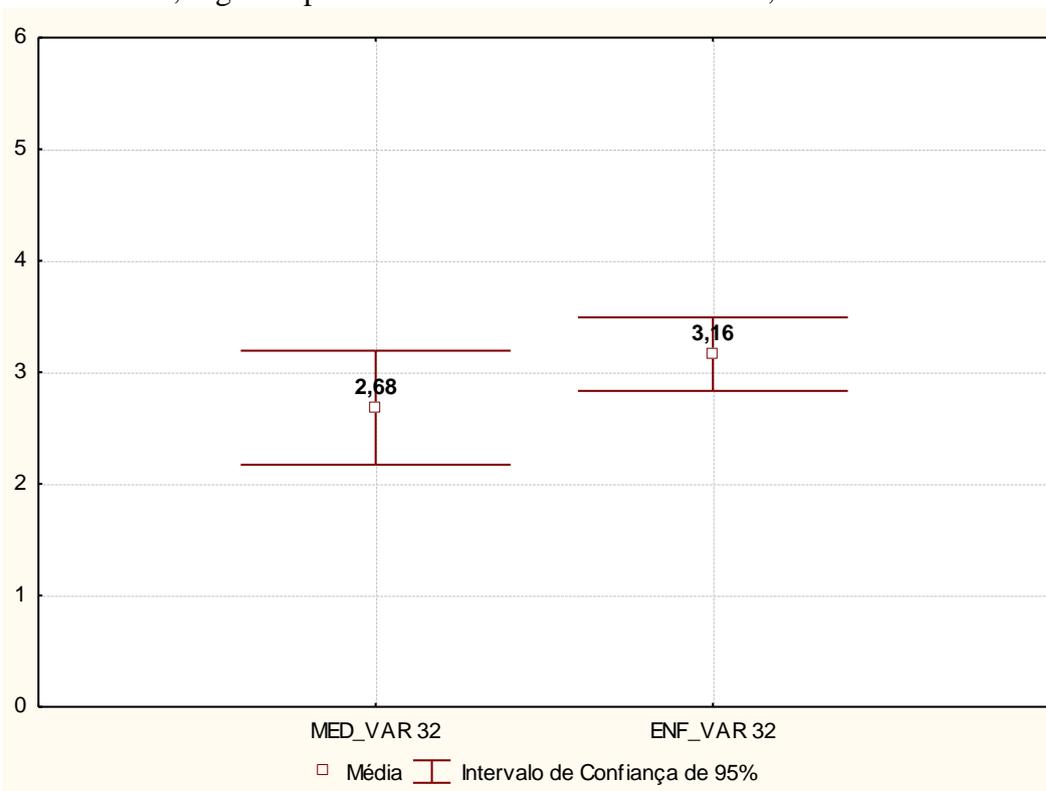
Em relação às ações voltadas ao âmbito coletivo desenvolvidas nas comunidades, verificou-se que os profissionais realizavam de forma insatisfatória as visitas na vizinhança

($\bar{\chi}=1,64$) e as ações de saúde na comunidade ($\bar{\chi}=1,34$) para entrega de pote e coleta de escarro, bem como a participação e o desenvolvimento de reuniões com a comunidade para discutir a problemática da TB nos serviços de saúde ($\bar{\chi}=1,83$). Já a realização de visita ou telefonema para comunicar o atraso na data de retorno à consulta mensal ($\bar{\chi}=4,33$), assim como as orientações quanto aos agravos associados ($\bar{\chi}=4,65$) como HIV, alcoolismo, abuso de drogas lícitas e ilícitas, doença mental, etc. eram desenvolvidas de forma satisfatória pelos profissionais em estudo.

Observou-se ainda que os profissionais avaliaram como regular ($\bar{\chi}=3,58$) o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do serviço em que atuavam, no tocante às ações de TB. Cabe destacar que muitos profissionais comentaram alguns fatores determinantes para a atribuição dessa avaliação, a saber: a deficiência na busca ativa de SR, falta de envolvimento e sensibilização de alguns profissionais com a TB, apoio laboratorial deficiente e falta de insumos para o desenvolvimento das ações.

No tocante à realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento, esta foi classificada como regular ($\bar{\chi}=3,00$), quando apresentada a média de todos os profissionais (V32 da Figura 8). No entanto, quando avaliada separadamente para médicos e enfermeiros, obteve-se escore insatisfatório para os primeiros ($\bar{\chi}=2,68$) e regular ($\bar{\chi}=3,16$) para os últimos, conforme apresentado na Figura 9.

Figura 9 - Médias e intervalos de confiança da variável referente à realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento nas Unidades de Saúde em Natal/RN, segundo profissionais médicos e enfermeiros, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: MED_VAR32 – Realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento, segundo médicos; ENF_VAR32 – Realização de visitas domiciliares aos doentes durante o acompanhamento do tratamento, segundo enfermeiros.

5.4 TEMPO DECORRIDO ENTRE A IDENTIFICAÇÃO DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO E O INÍCIO DO TRATAMENTO

A Figura 10 apresenta a mediana e a distribuição percentil do tempo (em dias) decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento.

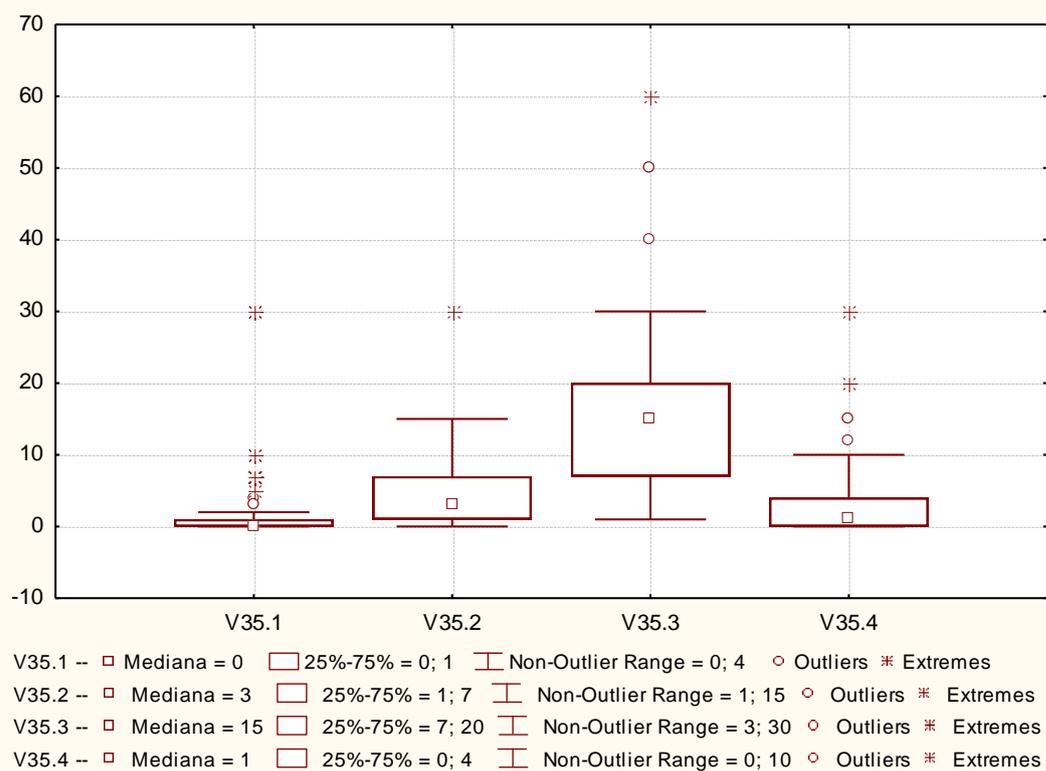
Considerando que nesse transcurso poderão existir alguns fatores que determinem maior ou menor tempo decorrido, esse aspecto foi examinado em quatro momentos e representado por *Box Plots* individuais: da identificação do SR até entrega do pote de escarro ao paciente (V35.1), da entrega do pote à devolução da amostra de escarro na unidade ou laboratório (V35.2), do envio da amostra ao laboratório até o recebimento do resultado (V35.3) e, por fim, deste até o início do tratamento, em caso de resultado positivo (V35.4).

Os *Box Plots* são apresentados com os limites superiores e inferiores, os quartis 25 e 75 e a mediana em dias do tempo decorrido em cada um dos quatro momentos expostos anteriormente, juntamente com os *outliers* e *extremes*.

De acordo com o cálculo da mediana do tempo decorrido entre a identificação do SR e a entrega do pote de escarro ao paciente, verificou-se que 75% dos profissionais referiram que os doentes demoraram até 1 dia nesse transcurso (V.35.1 da Figura 10). No entanto, observa-se que em alguns casos os doentes excederam 4 dias, havendo um relato de que os doentes demoraram mais de 30 dias para receberem a solicitação do BK, juntamente com a entrega do pote.

Em relação ao tempo entre a entrega do pote ao SR e a devolução deste pote com a amostra de escarro na unidade ou no laboratório de referência (V. 35.2 da Figura 10), 75% dos profissionais mencionaram que os doentes demoraram até 7 dias. Sendo que, em alguns casos os doentes excederam 15, chegando até 30 dias.

Figura 10 - Mediana e distribuição percentil do tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento nas Unidades de Saúde em Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: V35.1 – Tempo decorrido entre a identificação do SR e a entrega do pote de escarro ao paciente; V35.2 – Tempo decorrido entre a entrega do pote aos SR e a devolução do pote com a amostra de escarro na unidade ou no laboratório de referência ; V35.3 – Tempo decorrido entre o envio do pote de escarro ao laboratório e o recebimento do resultado; V35.4 – Tempo decorrido entre a divulgação do resultado e o início do tratamento, em caso do resultado positivo.

No tocante ao tempo decorrido entre o envio da amostra de escarro ao laboratório e o recebimento do resultado, a mediana do tempo foi de 15 dias. Sendo que 75% dos profissionais afirmaram que os doentes demoraram até 20 dias para receber o resultado da

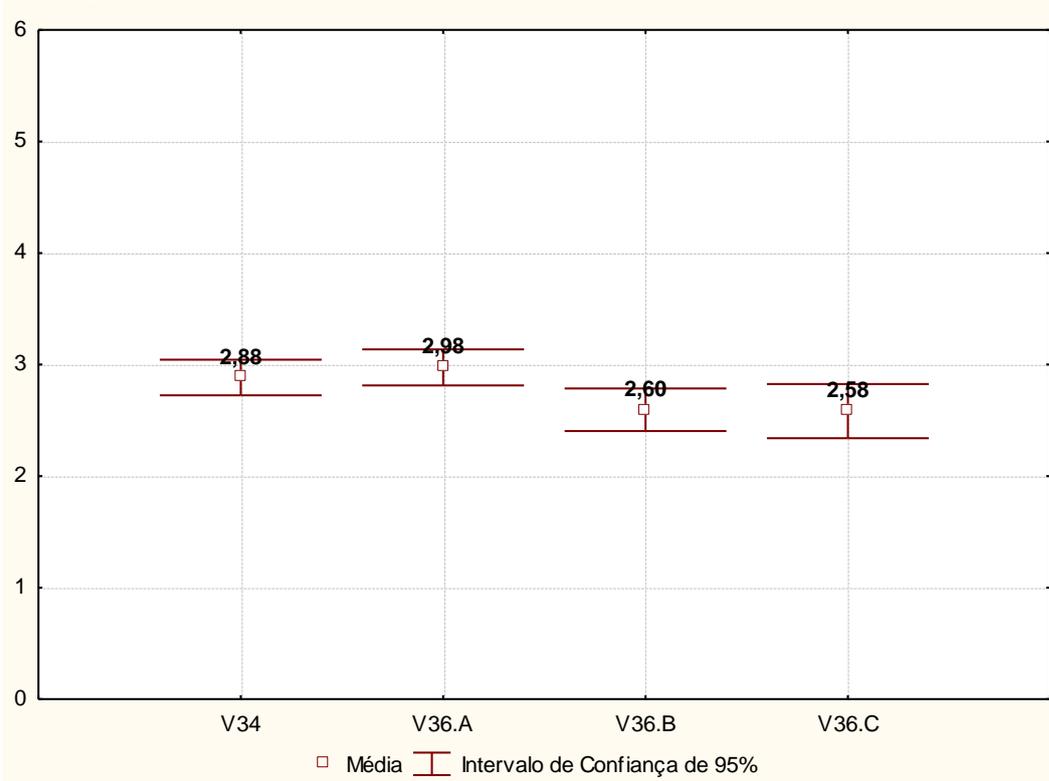
baciloscopia (V. 35.3 da Figura 10). Cabe destacar que em alguns casos esse tempo excedeu 30 dias, havendo relatos com demora de até 60 dias para o retorno do resultado.

Além disso, observou-se que, mesmo após o diagnóstico confirmado de TB, os profissionais ainda relataram dificuldades e demora para o início do tratamento. Conforme o gráfico da V35.4 da Figura 10, verificou-se que 75% dos profissionais relataram que os doentes demoraram até 4 dias para iniciar o tratamento após o diagnóstico confirmado de TB. Ainda mais impactante, alguns profissionais relataram que esse tempo excedeu 10 dias, havendo casos em que os doentes demoram até 30 dias entre a divulgação do resultado de BK positivo e o início do tratamento.

Ainda em relação ao tempo, algumas variáveis foram observadas em escala Likert, a saber: em quanto tempo o doente faz o exame depois que é solicitado e em quanto tempo os exames (baciloscopia, Raio X e outros) ficam prontos. Sendo assim, a Figura 11 apresenta as médias e os intervalos de confiança dessas variáveis.

Observou-se que os tempos para a realização do exame de escarro ($\bar{x}=2,88$) e a entrega dos resultados ($\bar{x}=2,98$ para o exame de escarro, $\bar{x}=2,60$ para o Raio X, $\bar{x}=2,58$ para outros exames) possuem escores insatisfatórios, indicando que o doente demorava de 2 a 3 semanas para fazer o exame de escarro depois que este era solicitado. Além disso, quanto ao tempo na entrega dos resultados, os profissionais referiram que o exame de escarro demorava entre 8 e 20 dias, enquanto que os resultados do Raio X e outros exames, como cultura de escarro e sorologias, demoravam entre 21 e 40 dias.

Figura 11 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes aos tempos para a realização dos exames e entrega dos resultados nas Unidades de Saúde, em Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

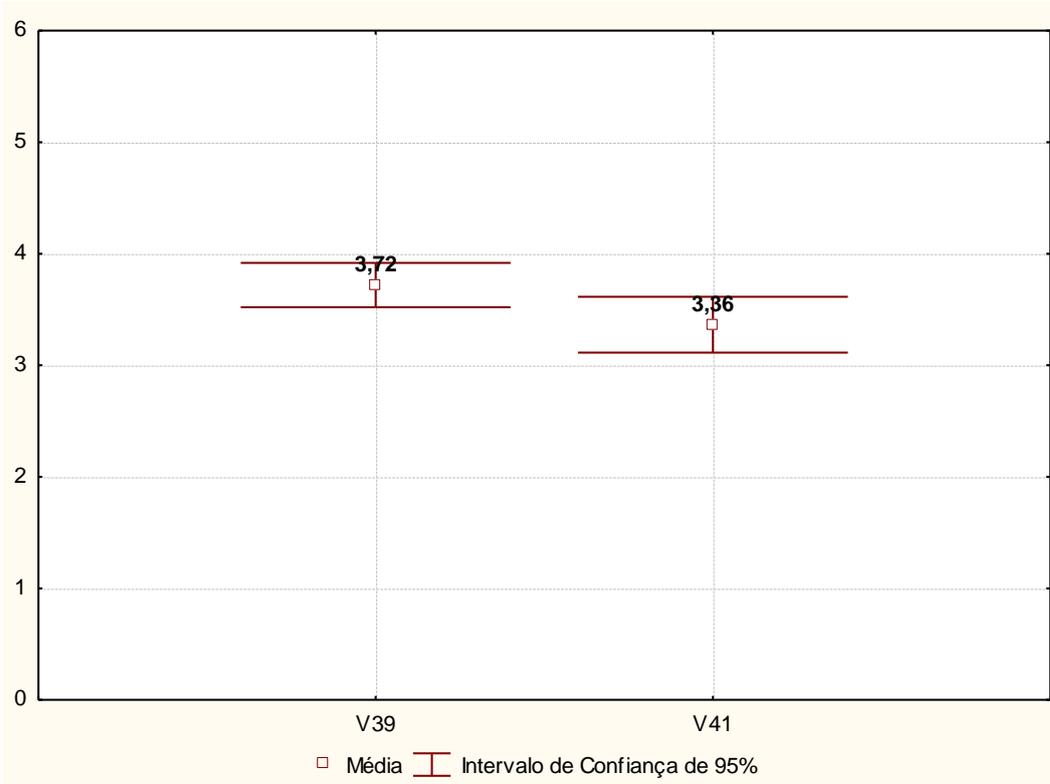
Legenda: V34 – Em quanto tempo o doente faz o exame de escarro depois que é pedido. A questão 34 foi analisada de forma diferente na escala: 1 (mais de 5 semanas), 2 (de 2 a 3 semanas), 3 (até 1 semana), 4 (em 1 dia – 24 horas), 5 (faz na hora); V36 – Em quanto tempo os exames ficam prontos: 36A – Exame de escarro; V36B – Raio X ; V36C – Outros. A questão 36 (A-C) foi analisada de forma diferente na escala: 1 (+ que 40 dias), 2 (de 21 a 40 dias), 3 (de 8 a 20 dias), 4 (de 2 a 7 dias), 5 (até 24 horas – 1 dia).

5.5 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

No tocante à capacitação dos profissionais das unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB, 94,2% (114) dos entrevistados já haviam recebido treinamentos para identificar sintomáticos respiratórios, 68,6% (83) tiveram a oportunidade de cuidar ou participar do processo terapêutico de pacientes com TB durante a formação e 83,5 % (101) consideravam que os profissionais do serviço de saúde onde trabalhavam estavam preparados para identificar pacientes com suspeita de TB.

A participação em treinamentos relacionados à TB e no planejamento de ações de controle dessa doença foi mensurada em escala Likert. Sendo assim, na Figura 12 apresentamos as médias e os intervalos de confiança dessas variáveis.

Figura 12 - Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à participação dos profissionais em treinamentos e planejamento de ações relacionadas à TB nas Unidades de Saúde TB em Natal/RN, 2011

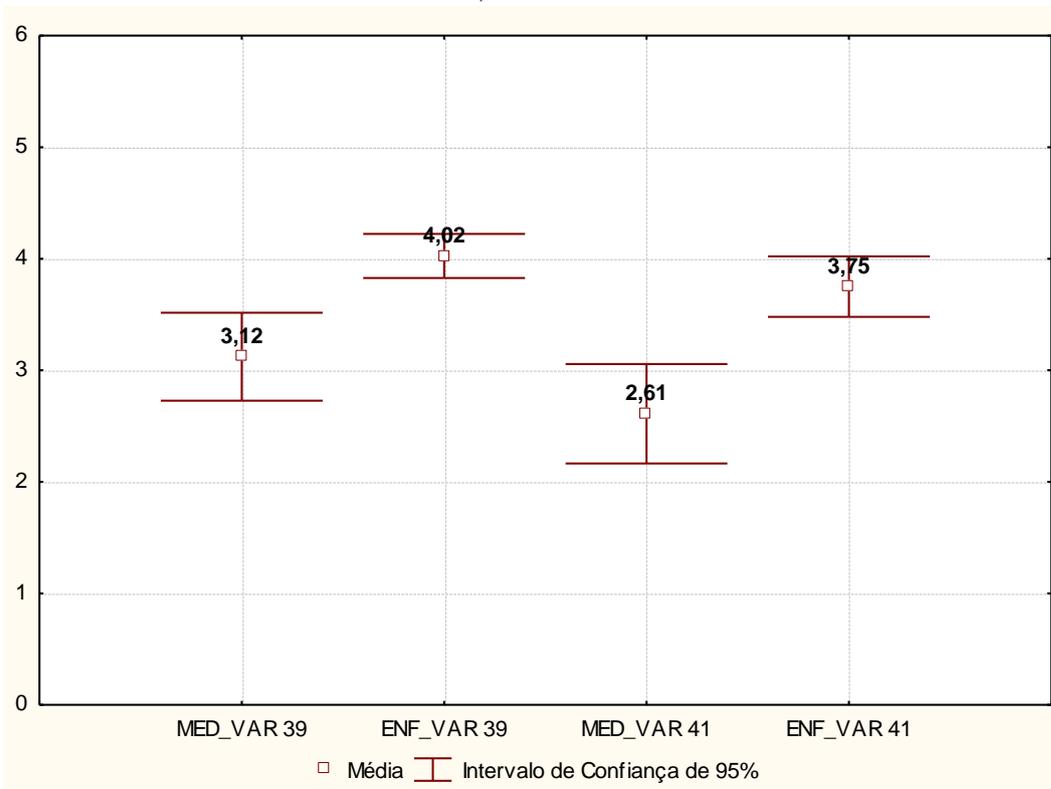


Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: V39 – Participação em treinamentos relacionados à TB; V41 – Participação no planejamento de ações de controle da doença.

A participação em treinamentos ($\bar{x}=3,72$) e no planejamento das ações de TB ($\bar{x}=3,36$) apresentou-se como regular, quando avaliada em relação ao total de profissionais (Figura 12). Contudo, na Figura 13, quando apresentados as médias e os intervalos de confiança, segundo a categoria profissional (médico ou enfermeiro), verificou-se que, no tocante à participação em treinamentos relacionados à TB, os médicos possuíam escores regulares ($\bar{x}=3,12$), e os enfermeiros, satisfatórios ($\bar{x}=4,02$). Enquanto que o planejamento das ações foi considerado insatisfatório para médicos ($\bar{x}=2,61$) e regular para enfermeiros ($\bar{x}=3,75$).

Figura 13 – Médias e intervalos de confiança das variáveis referentes à participação de médicos e enfermeiros em treinamentos e planejamento de ações relacionadas à TB nas Unidades de Saúde TB em Natal/RN, 2011



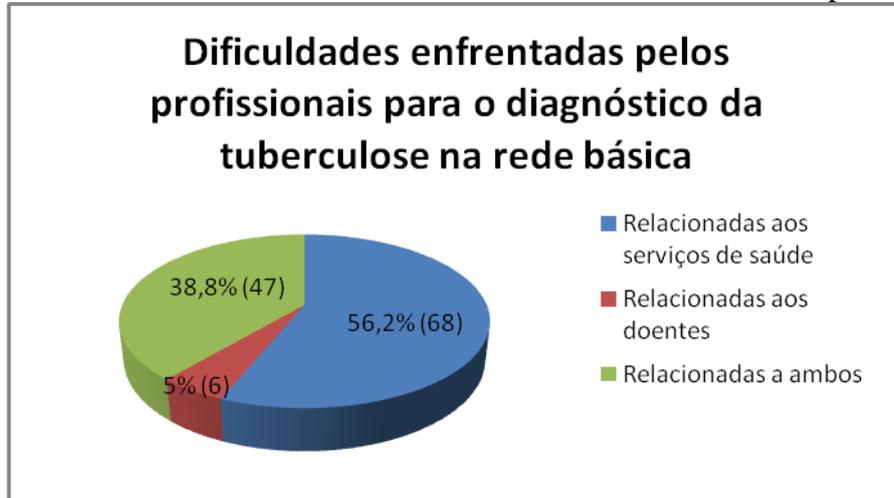
Fonte: Própria da pesquisa

Legenda: MED_VAR39 – Participação dos profissionais médicos em treinamentos relacionados à TB; ENF_VAR39 – Participação dos profissionais enfermeiros em treinamentos relacionados à TB; MED_VAR41 – Participação dos profissionais médicos no planejamento de ações de controle da doença; ENF_VAR41 – Participação dos profissionais enfermeiros no planejamento de ações de controle da doença.

5.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

A Figura 14 apresenta as dificuldades enfrentadas pelos profissionais das unidades de atenção primária para o diagnóstico da tuberculose na rede básica. Verificou-se que 56,2% (68) dos profissionais referiram que essas dificuldades estavam relacionadas somente aos serviços de saúde, enquanto que 38,8% (47) afirmaram que elas estavam relacionadas tanto aos serviços de saúde quanto aos doentes. Apenas 5% (6) dos entrevistados atribuíram as dificuldades somente aos doentes.

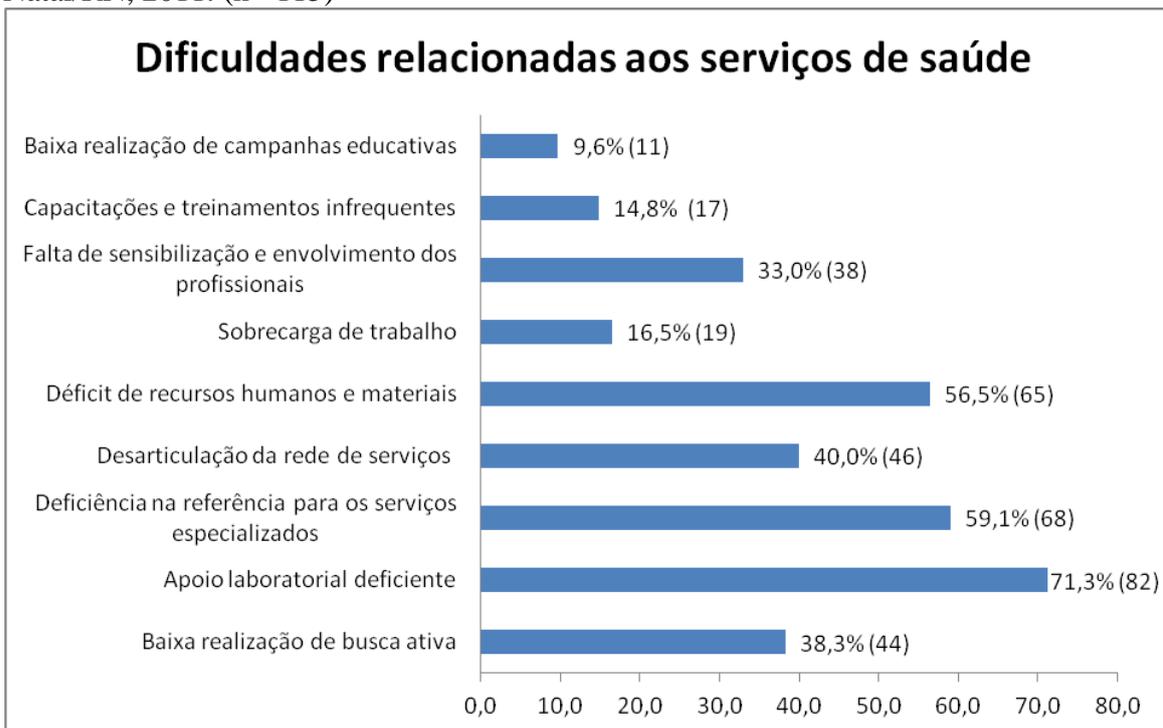
Figura 14 - Dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011



Fonte: Própria da pesquisa

As dificuldades relacionadas aos serviços de saúde foram mencionadas por 115 sujeitos e correspondem aos 56,2% (68) que referiram os empecilhos dos serviços e aos 38,8% (47) que indicaram barreiras relacionadas tanto ao serviço quanto ao doente. A Figura 15 apresenta essas dificuldades, sendo que alguns sujeitos indicaram mais de uma resposta.

Figura 15 – Fatores relacionados aos serviços de saúde que dificultam aos profissionais identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011. (n= 115)

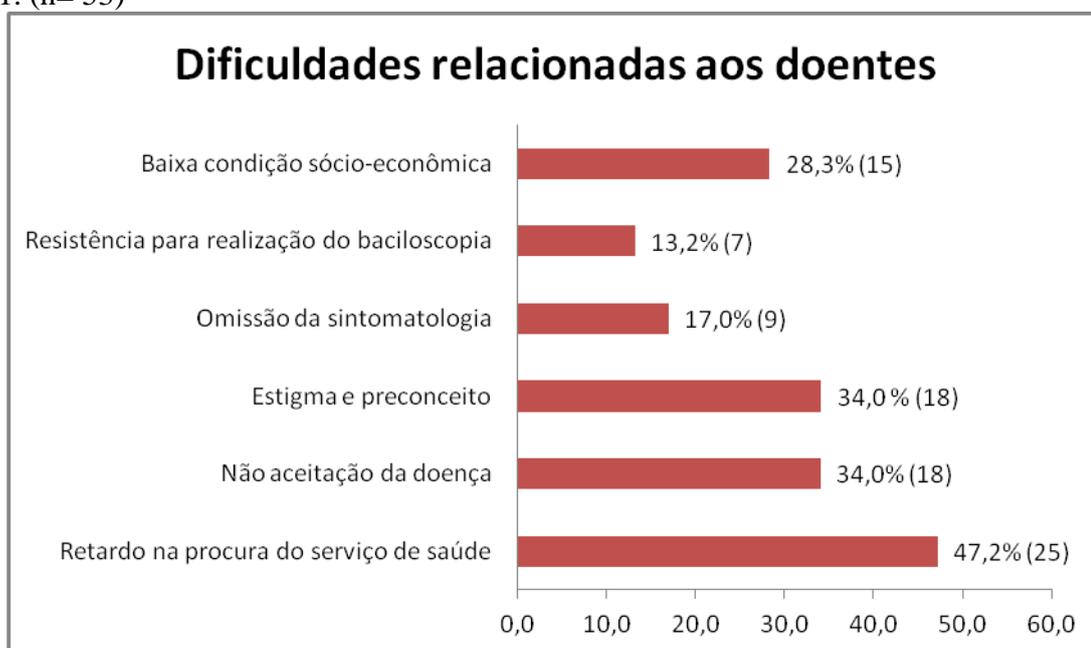


Fonte: Própria da pesquisa

Verificou-se que predominaram o apoio laboratorial deficiente (71,3%), a deficiência na referência para os serviços especializados (59,1%), o déficit de recursos humanos e materiais (56,5%) e a baixa realização de busca ativa (38,3%), como dificuldades mais prevalentes relacionadas aos serviços de saúde.

As dificuldades relacionadas aos doentes foram mencionadas por 53 sujeitos e correspondem aos 5% (6) que referiram os empecilhos relacionados aos doentes e aos 38,8 % (47) que indicaram barreiras relacionadas tanto ao serviço quanto ao doente. A Figura 16 apresenta essas dificuldades, sendo que alguns sujeitos indicaram mais de uma resposta.

Figura 16 – Fatores relacionados aos doentes que dificultam aos profissionais identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica de saúde no Município de Natal/RN, 2011. (n= 53)



Fonte: Própria da pesquisa

Observa-se que o retardo na procura do serviço de saúde (47,2%), a não aceitação da doença (34,0%), o estigma e o preconceito (34,0%) e a baixa condição socioeconômica (28,3%) – relacionada à pobreza, alcoolismo, uso de drogas e moradores de rua – foram os fatores mais prevalentes.

DISCUSSÃO

“Palavra puxa palavra, uma ideia traz outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma revolução, alguns dizem que assim é que a natureza compôs as suas espécies.”
(Machado de Assis)

6 DISCUSSÃO

Para melhor organização da discussão dos dados, este capítulo apresenta-se dividido quanto a: caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa; a disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de saúde e as ações desenvolvidas pelos profissionais para o diagnóstico e controle da TB; o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento; a capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações; e, por último, as dificuldades enfrentadas para identificar e diagnosticar um caso de tuberculose na rede básica.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Em relação ao perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que atuavam nas unidades de atenção primária do município, observou-se que o tempo mediano de conclusão do curso era de 24 anos, o dobro do que foi evidenciado em estudo realizado por Canesqui e Spinelli (2006) no Mato Grosso, onde o tempo mediano de formação foi de 11,1 anos.

Esses achados podem evidenciar grande experiência e maturidade profissional. No entanto, Canesqui e Spinelli (2006) alertam que, embora isso favoreça o processo de implementação das ações de saúde nas unidades de atenção primária, esse fator é incapaz de garantir a adequação do seu perfil ao Programa de Saúde da Família, uma vez que a formação tende a ser especialista e não generalizada.

Observou-se, ainda, elevado tempo de atuação na atenção básica, com mediana de 12 anos, resultado superior ao encontrado por Rocha et al., (2009) e Tavares e Santos (2006), em Goiás e João Pessoa, respectivamente, onde o tempo de trabalho em PSF foi de 5 a 7 anos.

Cabe destacar que Hashim, Kubbaissy e Dulayme (2003) evidenciaram, em estudo realizado no Iraque, que o conhecimento sobre TB está relacionado à idade e ao tempo de serviço dos profissionais de saúde. Sendo assim, acreditamos que o tempo de permanência na atenção básica permite mais proximidade e entendimento dos aspectos que permeiam a atenção à TB, contribuindo para o reconhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e das atribuições a serem desenvolvidas para o efetivo controle da TB.

No tocante à titulação profissional, observou-se que a maioria dos profissionais (70,2%) possuía especialização em nível *lato sensu*, o que é corroborado pelos estudos de Silva, Motta e Zeitoune (2010) e Rocha et al., (2009), onde foi observada uma porcentagem de 64% e 77,65%, respectivamente. Resultado divergente foi observado por Tomasi et al. (2008), ao descrever o

perfil das equipes de atenção básica das Regiões Sul e Nordeste, onde entre os profissionais de nível superior somente 37% tinham especialização.

Segundo Rocha et al., (2009), isso evidencia que, com o passar dos anos, os profissionais têm investido mais em formação e que os cursos têm ficado mais acessíveis. Além disso, a competitividade e a exigência do mercado de trabalho têm requerido profissionais cada vez mais capacitados e habilitados para o desenvolvimento de suas atribuições, determinando a busca por melhores qualificações.

No entanto, observou-se que apenas 6,6% dos entrevistados possuíam título de Mestre, sendo que todos estes eram enfermeiros. Resultado superior ao encontrado por Canesqui e Spinelli (2006), onde somente 1,6% obtiveram grau de Mestre.

6.2 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

A disponibilidade de insumos e equipamentos nas unidades de atenção primária e a retaguarda laboratorial para o desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB são elementos integrantes do componente *Estrutura* dos serviços de saúde proposto por Donabedian, possuindo relação fundamental com o *Processo* e com o *Resultado*, na medida em que é determinante para a ocorrência e melhoria desses outros dois componentes.

Em relação a esses elementos do componente *Estrutura*, os resultados mostraram deficiência das unidades de saúde investigadas quando não dispunham de geladeira para armazenar o material coletado, e apenas 44,2% das 52 unidades de saúde que fizeram parte do estudo dispunham de serviço de coleta de laboratório, culminando em condições insatisfatórias para realização de exames na própria unidade. Corroborando com estudos realizados no Brasil e em outros países em desenvolvimento (NOGUEIRA et al., 2007; KIEFER et al., 2009), e no próprio Município de Natal (PAIVA, 2010; PINTO, 2011).

Nesses casos, os doentes são encaminhados para outros serviços para realizar os exames, sendo transmitida para ele a responsabilidade pela entrega da amostra de escarro em outro serviço, os quais muitas vezes ficam distantes do local de origem, requerendo deslocamento e gasto financeiro, conforme mencionado também por Mendes (2002), ao apontar que esse deslocamento é um custo econômico e social considerável.

Nessa linha de pensamento, o cenário permeia muito mais do que a disponibilização do insumo como elemento do componente *Estrutura*, engloba o modo como se organiza a rede de serviços de saúde do município, uma vez que, embora os profissionais identifiquem o

sintomático respiratório, disponibilizem a consulta médica em tempo hábil, ofereçam o pote para a coleta do material, eles não se responsabilizam pela coleta e envio ao laboratório, podendo colocar em risco a continuidade da atenção iniciada, uma vez que o caso suspeito pode não retornar à unidade, resultando em abandono primário. Para Marcolino et al. (2009), transferir para os pacientes a responsabilidade de proceder à coleta e encarregá-lo de levar o material ao laboratório coloca em risco a ação planejada, comprometendo a integralidade da atenção.

Além disso, no tocante aos insumos de apoio social e emocional aos pacientes de TB, observou-se que o fornecimento de cesta básica era satisfatório, embora alguns profissionais tenham referido que o envio muitas vezes se dava de forma irregular (em alguns meses vinha regularmente e em outros não era enviada). E, dependendo da situação social da área onde a unidade estivesse localizada, o número de cestas básicas não era suficiente para o número de pacientes que precisavam desse auxílio. Assim, considerando-se a situação social e econômica em que a maioria dos pacientes de TB está inserida, aliada às condições físicas impostas pela própria doença, a atenção nutricional ao portador de TB é primordial e extremamente relevante para a conclusão do tratamento e cura.

Arcêncio (2006) e Silva et al. (2007) destacam a importância do fornecimento desse auxílio, na medida em que um aporte nutricional deficiente comprometerá a imunidade do indivíduo, levando a uma recuperação lenta e árdua, e favorecendo a exacerbação das reações medicamentosas.

Quanto ao auxílio-transporte, especialmente para os pacientes em tratamento supervisionado ou que precisavam se deslocar a outros serviços ou laboratório de referência para realizar os exames, observou-se que este “nunca” ou “quase nunca” era oferecido no município em estudo. Situação também observada no Município de Bayeux/Paraíba, em estudo realizado por Marcolino (2007), onde a disponibilização de auxílio-transporte para realização de tratamento supervisionado na unidade foi não satisfatória em todos os distritos investigados, sendo que 89,0% dos entrevistados “nunca” dispunham de vale-transporte para a realização do TS.

Particularmente no município em estudo, observamos que, além de delegar a responsabilidade de envio do escarro ao laboratório ao paciente, a gestão municipal não fornecia auxílio para esse deslocamento. Estudo realizado por Silva et al. (2007), em João Pessoa (PB), observou que a distância do domicílio e a dependência de transporte é uma preocupação dos pacientes, devido à dificuldade de recursos financeiros para o deslocamento.

Nesse sentido, o processo de descentralização das ações de diagnóstico e o controle da TB para as unidades de atenção primária precisam ser acompanhados de adequadas ações de organização da rede de serviços, especialmente no que tange ao apoio laboratorial e auxílio financeiro para o deslocamento, para garantia de ações efetivas e responsivas à realidade local.

Além disso, o suporte emocional relacionado aos sentimentos de estigma, medo e depressão é outro importante aspecto a ser considerado durante o diagnóstico e tratamento de pacientes com TB, pois, embora seja uma doença curável, com o tratamento fornecido pela rede pública de saúde, ainda permanecem o preconceito e o estigma social e do próprio indivíduo.

No tocante a esse aspecto, também observamos condição insatisfatória no município em estudo, na medida em que a maioria das unidades não dispunha de psicólogo e, quando necessário, os pacientes eram encaminhados para o serviço de referência na área, e poderiam decorrer semanas até conseguirem a marcação da consulta. A esse respeito, Souza et al. (2010), em estudo realizado sobre as representações sociais da TB, apontaram a necessidade de se promover a criação de uma rede de suporte às pessoas com essa doença e de trabalhar preconceitos, medos e respeito às diferenças.

Ainda em relação ao suporte social, financeiro e emocional, Mazzei et al. (2003) acrescentam que o melhor entendimento e conhecimento da rede de apoio por parte da equipe técnica dos serviços de saúde poderá criar uma situação melhor e mais segura para os pacientes, podendo isto refletir na melhora do nível de adesão ao tratamento.

6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS PROFISSIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

As ações desenvolvidas pelos profissionais para oferta de diagnóstico e controle da TB nas unidades de APS é entendida como parte do elemento *Processo* do serviço de saúde, que envolve também as relações entre profissionais e destes para com os usuários, determinando a oferta do serviço de saúde, bem como a utilização desses serviços pelo usuário. Cabe destacar que esse elemento é determinado por diversos fatores, dentre eles, a *Estrutura* dos serviços de saúde.

No tocante ao desenvolvimento das ações nas unidades de saúde do município, observou-se que os profissionais questionavam sobre sinais e sintomas e outros problemas de saúde, solicitavam os exames para os sintomáticos respiratórios, sendo que a solicitação de

exame de escarro foi prioritariamente maior do que o Raio X e outros exames. Cabe destacar que a solicitação do exame de escarro para o doente obteve escore satisfatório tanto para médicos como para enfermeiros, sendo esta feita logo na primeira consulta, indicando a prioridade dada à baciloscopia frente ao indivíduo com sintomas característicos de TB.

No entanto, quanto às ações voltadas para o âmbito coletivo, com enfoque na busca ativa de sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes e orientação para a comunidade, observaram-se escores de insatisfatório a regular para todos os itens analisados, indicando que, embora os profissionais demonstrassem preocupação com a atenção ao doente, o envolvimento com o controle de comunicantes e as ações de saúde na comunidade pareciam não ser ainda uma prioridade no cotidiano das unidades investigadas.

Resultados semelhantes a esses foram encontrados em estudos realizados em outros municípios brasileiros e até mesmo em Natal (GAZETTA et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2009; CURTO et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2011; PAIVA, 2010; PINTO, 2011), onde observou-se que as ações desenvolvidas na comunidade ainda ocorrem de forma limitada e fragmentada, com pouca resolutividade. Corroborando com o exposto, estudos realizados em municípios brasileiros com elevada cobertura de ESF mostraram que menos de um terço dos profissionais desenvolviam ações voltadas para solucionar os problemas da comunidade, (GIOVANELLA et al., 2009), destacando a necessidade de reorientação das atividades profissionais para uma visão mais ampliada na atenção à TB.

Em relação à busca de sintomático respiratório, verificou-se que esta ocorria de maneira assistemática e não periódica na maioria das unidades investigadas, não fazendo parte da rotina sistematizada dos profissionais e acontecendo de forma pontual ou através de demanda específica, corroborando com os achados de Nogueira et al. (2007), Muniz et al. (2005) e Nogueira et al. (2011). Essa deficiência é atribuída a uma série de fatores, dentre eles: as condições de trabalho; a sobrecarga de alguns profissionais, em virtude das inúmeras atribuições, que acabam priorizando o atendimento clínico na unidade, pautado somente na doença, em detrimento das atividades extramuros, com fins coletivos e preventivos; a falta de envolvimento e sensibilização com as questões relacionadas à TB; e até mesmo a falta de insumos e apoio e suporte laboratorial para a busca ativa e diagnóstico, aspectos relacionados à *Estrutura* e organização das unidades de saúde que também contribuem para esta dificuldade.

Para Paiva (2010) a BSR é uma ferramenta que deve ser utilizada por todos os profissionais da unidade, não devendo, portanto, ser atribuição exclusiva de uma categoria profissional. E acrescenta que, embora o profissional conheça a magnitude da BSR no seu

território, não consegue incorporá-la ao seu cotidiano de trabalho, pois falta uma identidade organizacional com a proposta de vigilância em saúde.

Quanto às ações de orientação para comunidade, observaram-se escores insatisfatórios no que tange às responsabilidades para o oferecimento dos serviços prestados, tais como a ida à comunidade para efetuar busca ativa para coleta de escarro entre SR, realização de visitas na vizinhança e em igrejas, associações de bairros, abrigos, presídios, asilos, para entrega de pote e coleta de escarro, assim como a participação e o desenvolvimento de reuniões na comunidade para discutir problemas de saúde pertinentes à TB.

Evidências semelhantes foram encontradas nos estudos de Oliveira et al. (2009), Curto et al. (2010) e Nogueira et al. (2011), que observaram que as ações de controle da TB não envolvem a comunidade e as ações voltadas para educação em saúde ainda não fazem parte do trabalho das equipes. A esse respeito, Gazetta et al. (2008) acrescenta que a atenção ainda fica centrada nos indivíduos, com ações parciais sobre os comunicantes, com pequena valorização de ações preventivas.

Nogueira et al. (2011) destacam ainda que a busca de sintomático respiratório não pode ficar limitada ao espaço físico das unidades de saúde, aos usuários que procuram o serviço e aos seus domicílios. Os ambientes que agrupam populações com maior risco para o adoecimento por TB, tais como presídios, asilos, abrigos, cortiços, dentre outros, devem ser investigados pelas equipes de saúde na busca de casos suspeitos. Porém, esta parece não ser ainda uma prática estabelecida na rotina dos serviços de saúde.

Já em relação à investigação dos comunicantes intradomiciliares ou extradomiciliares, observou-se que 66,1% dos profissionais sempre ou quase sempre solicitavam o exame de escarro para os comunicantes intradomiciliares, enquanto que para os comunicantes extradomiciliares este índice era ainda mais baixo (apenas 10%), contrapondo-se a um elevado percentual de 76% dos profissionais que referiram nunca ou quase nunca fazerem solicitação do exame de escarro, assim como os demais exames (Raio X e PPD), que também apresentaram escores insatisfatórios para este grupo. Resultados semelhantes foram encontrados por Melo, Soares e Andrade (1999), Oliveira et al. (2009) e Nogueira et al. (2011), em que o percentual de solicitação desses exames para os comunicantes foi, respectivamente, de 53,9% (para o Raio X), 60% (baciloscopia) e 40,5 % (baciloscopia).

Cabe destacar que o MS e PNCT recomendam aos serviços de saúde examinarem todos (100%) os comunicantes de pacientes de TB, especialmente dos casos pulmonares positivos, estabelecendo contato e convocando-os para exames (BRASIL, 2002a).

Ainda em relação a esse aspecto, Wallace et al. (2003) ressaltam que a investigação dos comunicantes intradomiciliares e/ou extradomiciliares devem ser realizadas, uma vez que constitui-se em uma estratégia apropriada para interromper a transmissão e o desenvolvimento subsequente da TB.

Além das ações já discutidas, a realização da visita domiciliar aos doentes durante o acompanhamento do tratamento é outra importante atribuição das equipes de saúde, que, no entanto, não vem sendo desenvolvida de forma satisfatória nas unidades de saúde do município, tendo recebido escore insatisfatório para médicos e regular para enfermeiros, indicando baixa realização dessas visitas pelos profissionais de nível superior.

Observa-se, dessa maneira, a não valorização e/ou a pouca sensibilização desses profissionais para a importância dessa visita, uma vez que o ambiente domiciliar onde o paciente vive e desenvolve suas relações permite a identificação dos fatores de risco sociais (intrínsecos e extrínsecos), tais como pobreza, desnutrição, alcoolismo, abuso de drogas, desemprego, que podem estar determinando a ocorrência da doença, bem como interferir na adesão terapêutica. Além disso, esse contato direto com a família e o ambiente familiar em que o indivíduo está inserido oportuniza a investigação dos comunicantes e a identificação de outros sintomáticos respiratórios.

Segundo Nogueira et al. (2011) e Marcolino et al. (2009), a visita domiciliar não é utilizada regularmente pelos profissionais da ESF como instrumento para busca de sintomático respiratório, aproximação e observação da realidade social em que os pacientes e seus comunicantes estão inseridos, apesar de constituir uma ação técnica estabelecida como atribuição da ESF e ferramenta de trabalho essencial para o acompanhamento dos casos.

Diante do exposto, para que ocorra eficiência na utilização dos serviços de saúde e resolutividade das reais necessidades que emergem no território onde esses profissionais atuam, fazem-se necessários a integração e organização das atividades, a incorporação das ações que privilegiem a atenção a família e a comunidade, o desenvolvimento de habilidades que ampliem os espaços de atenção dos profissionais e fortaleçam a atenção continuada e integral, e a articulação intersetorial em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; NOGUEIRA et al., 2011).

6.4 TEMPO DECORRIDO ENTRE A IDENTIFICAÇÃO DO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO E O INÍCIO DO TRATAMENTO

O transcurso entre a identificação do SR, o diagnóstico e o início do tratamento da TB envolve diversos fatores relacionados à *Estrutura* e ao *Processo* dos serviços de saúde, assim como características inerentes ao doente que determinam a procura ao serviço. Além disso, o tempo decorrido nesse processo é um fator determinante para diagnóstico precoce e controle da doença nos serviços de saúde.

Para Golub et al. (2006), o diagnóstico tardio da TB pulmonar pode resultar em apresentação mais grave da doença, com mais sequelas a longo prazo, maior mortalidade e perpetuação da cadeia de transmissão, sendo assim, o diagnóstico precoce e o pronto início do tratamento medicamentoso são fundamentais para um efetivo controle da doença.

Vários estudos, no Brasil e no exterior, já analisaram o tempo decorrido entre o início dos primeiros sintomas e a procura ao serviço de saúde, o diagnóstico de TB e início do tratamento; entre a procura ao serviço de saúde, o diagnóstico e início do tratamento (SANTOS et al., 2005; CÁCERES-MANRIQUE; OROZCO-VARGAS, 2008; SREERAMAREDDY et al., 2009; MACIEL et al., 2010; MACHADO et al., 2011). Em todos os casos foi observado o diagnóstico tardio da TB, estando este associado a diversos fatores inerentes à organização do serviço de saúde e ao próprio doente.

Entretanto, em nosso estudo observamos a necessidade de investigar o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento. Tendo em vista que o doente já foi identificado como sintomático respiratório, há a necessidade de se verificar o tempo decorrido nesse transcurso, através do qual, indiretamente, analisamos as condições oferecidas pelos serviços para garantia efetiva a todos os meios de acesso aos exames diagnóstico, confirmação dos casos e pronto início do tratamento medicamentoso.

A mediana do tempo decorrido entre a identificação do sintomático e o início do tratamento foi de 22 dias [intervalo interquartil (II): 13-32 dias], sendo que, quando fragmentado em quatro importantes momentos, observamos que o tempo entre o envio da amostra de escarro ao laboratório e o recebimento do resultado foi o que mais se destacou, cuja a mediana foi de 15 dias [intervalo interquartil (II): 7-20 dias].

Esse resultado nos traz uma série de reflexões acerca de quais fatores estão interferindo para a demora no recebimento desse resultado: Uma vez que o doente já foi identificado com SR, já foi realizada a coleta de escarro, quais os entraves que estão comprometendo o retorno desse resultado em tempo hábil? Como garantir a resolutividade

dos casos de TB, com diagnóstico precoce, sem sequer garantir condições para a realização e recebimento em tempo oportuno dos resultados dos exames, especialmente no que se refere à baciloscopia de escarro?

A desarticulação da rede de serviços, a deficiência no transporte das amostras ao laboratório, a falha de comunicação entre o laboratório e unidades de saúde, a inconstância no oferecimento dos serviços e a inexistência de um fluxo contínuo e sistemático para as amostras de escarro são retrato de um apoio laboratorial deficiente e, em alguns casos, inexistente, às unidades de atenção primária (UBS e USF), o que acaba comprometendo a resolutividade dos casos, retardando o diagnóstico e aumentando os riscos de transmissão. A esse respeito, Pinto (2011) acredita que a forma assistemática do fluxo de informações entre unidades de saúde, distrito sanitário e laboratório contribuem para que o hospital de referência em doenças infecto-contagiosas seja porta de entrada do suspeito de TB, diagnosticando cerca de 70% dos casos.

Sendo assim, os achados deste estudo apontam que a dificuldade maior não está somente na procura tardia aos serviços de saúde ou na baixa suspeita diagnóstica, por inadequada avaliação dos indivíduos sintomáticos respiratórios, mas, também, na falta de agilidade nos resultados dos exames, corroborando com os resultados expostos por Machado et al. (2011).

Nesse sentido, acreditamos que o diagnóstico de TB requer uma articulação efetiva entre os diversos atores envolvidos nesse processo: doentes, profissionais, serviços de saúde e gestores. Para Cáceres-Manrique e Orozco-Vargas (2008) e Altet et al. (2003), fazer o diagnóstico de TB é uma responsabilidade partilhada: pelo doente, na procura pelo serviços de saúde no surgimento dos primeiros sintomas; pelos profissionais de saúde, que devem suspeitar da doença, identificando os sinais e sintomas relevantes, informando ao paciente os próximos passos para confirmação do diagnóstico e educando sobre a importância de seguir todas as recomendações; e, finalmente, responsabilidade partilhada pelos serviços de saúde, que devem oferecer condições para a realização dos exames diagnósticos e aconselhar o paciente de acordo com o resultado. O diagnóstico envolve também um compromisso com o início e o fim do tratamento (PACKHAM, 2001).

6.5 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

A qualificação profissional e a capacitação dos recursos humanos que atuam nas unidades de atenção primária é elemento integrante do componente *Estrutura* dos serviços de saúde proposto por Donabedian, e pressupõem o conhecimento e habilidades específicas dos profissionais, que os capacitam para desempenhar suas funções. Sendo assim, esses elementos interferem também no *Processo* e no *Resultado* desses serviços, na medida em que são recursos necessários e determinantes para a oferta efetiva e de qualidade das ações de diagnóstico e controle da TB.

No tocante ao ensino da TB durante a graduação, observamos que 31,4% (38) dos profissionais referiram que não tiveram oportunidade de cuidar ou participar do processo terapêutico de pacientes com TB durante os anos de formação. Aqueles que a tiveram, referiram que, geralmente, esse contato ocorreu no ambiente hospitalar, e poucos mencionaram ter acompanhado pacientes com TB em unidades de atenção primária, no período de formação acadêmica.

Esse achado faz-nos refletir acerca da formação desses profissionais para atuarem em saúde pública, e desenvolverem atividades inerentes às unidades de atenção primária, tais como o controle de doenças infecto-contagiosas, como a TB. A esse respeito, Silva e Caldeira (2010) afirmam que, com a rápida expansão da ESF como modelo reorganizador das práticas de cuidados primários de saúde, tornou-se necessário discutir questões relacionadas à qualificação das equipes de saúde, sobretudo, porque a maioria dos profissionais que se integra às equipes de saúde da família ainda se forma dentro de uma lógica curativista, de assistência centrada na doença e não na promoção da saúde e nas ações individuais e coletivas desenvolvidas na família e na comunidade, conforme observado em nosso estudo.

Especificamente em relação à TB, Margon (2011) acrescenta que um aspecto a ser considerado para a incorporação do controle dessa doença na APS é a qualificação dos profissionais, uma vez que passaram a assumir ações e programas de saúde nunca antes implementados e, muitas vezes, apresentam dificuldades em realizar a busca do sintomático respiratório, pois não estão sensibilizados, ou até mesmo não detectam os sinais e sintomas da TB. Aliado a isso, a debilidade qualitativa de RH pode influenciar o envolvimento, bem como o desempenho das equipes da ABS na assistência aos doentes (MONROE et al., 2008).

Sendo assim, considerando que alguns profissionais chegam às unidades de atenção primária para desenvolver as ações de diagnóstico e controle da TB, sem terem vivenciado este processo durante a formação, emerge a necessidade de capacitá-los continuamente para essas atividades.

Neste estudo, observamos que os profissionais médicos e enfermeiros, em sua maioria (94,2%), já haviam recebido treinamentos para a identificação de sintomáticos respiratórios e consideravam que os profissionais do serviço de saúde onde trabalhavam estavam preparados para identificar pacientes com suspeita de TB. Corroborando com estudo realizado por Maciel et al., (2009), realizado em Vitória/ES, o qual demonstrou que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre TB era satisfatório, embora seja indispensável a permanente capacitação dos profissionais para que os mesmos possam prestar o melhor serviço e dessa forma contribuir com a redução dos indicadores da TB.

No entanto, situação bem divergente dessa foi encontrada em estudo realizado também em Natal, por Germano et al. (2005), sobre as capacitações das equipes de PSF, em que foi observado que apenas 38% (21) dos profissionais de nível superior entrevistados (médicos, enfermeiros e dentistas) haviam participado de capacitações relacionadas à TB.

Ressaltando a importância dessas atividades de capacitações, Façanha et al. (2009) destacam que o treinamento e a sensibilização da equipe de saúde da família foram capazes de promover um aumento na detecção de casos de TB em uma comunidade de baixa renda, sugerindo que, nos locais onde o PSF está implantado, a manutenção da equipe treinada, atualizada e estimulada para detecção precoce e acompanhamento de casos contribui muito para o controle da doença.

Além disso, a participação em treinamentos relacionados à TB e no planejamento de ações de controle da doença apresentou condições regulares no município em estudo, indicando que essas atividades não ocorrem de maneira rotineira e contínua na prática desses profissionais. Quando apresentados os escores de médicos e enfermeiros separadamente, observamos que a participação dos enfermeiros em treinamentos é satisfatória, enquanto que a de médicos permanece regular.

Tendo em vista que esses profissionais atuam em equipes de saúde, possuindo, assim, igual responsabilidade no desenvolvimento das ações de diagnóstico e controle da TB, o que determinaria que esta participação seja diferente para cada categoria profissional? O que está limitando a participação dos médicos quando comparada à dos enfermeiros?

Essas questões foram levantadas por alguns profissionais ao apontarem diversos fatores, tais como: sobrecarga de atendimento, fazendo com que os médicos desenvolvam tão somente

o atendimento clínico nos consultórios e raramente se ausentem para treinamentos; a falta de cobrança por parte das coordenações para participação desses profissionais, uma vez que retirar o médico da unidade pode comprometer ainda mais o atendimento; o número limitado de vagas nos cursos/atividades educativas e nos processos de capacitação fornecidos pela SMS; o próprio desinteresse de alguns profissionais em participar desse tipo de atividade, dentre outras.

Germano et al. (2005), em estudo realizado no Município de Natal, também observou esses fatores, e acrescentou ainda a má divulgação, muitas vezes feita muito próxima à realização, a descontinuidade dos processos de capacitação, a priorização de algumas categorias para essas capacitações, a não substituição dos profissionais que se afastam da unidade para participar de atividades educativas e a inexistência de uma política de educação permanente, como impasses no processo de capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família.

Diante desse cenário, os enfermeiros acabam, em sua maioria, sendo os profissionais mais cobrados para participar dos treinamentos e os responsáveis pelo repasse das informações à equipe, tendo em vista o seu importante papel na liderança, na capacitação da equipe e na supervisão dos profissionais de nível médio e agentes comunitários de saúde. Estudo realizado por Melo e Nascimento (2001), no Município de Feira de Santana/BA, sobre a política de capacitação de recursos humanos, mostrou resultados semelhantes aos nossos, na medida em que revelou ser a enfermagem a categoria que tem tido mais acesso aos processos educativos, e justificam isso pela participação dos enfermeiros nos movimentos de organização desses processos, bem como pela ocupação de funções estratégicas no âmbito da gestão.

Ainda em relação aos treinamentos, os profissionais destacaram a importância dos mesmos, especialmente no que tange aos esquemas terapêuticos e aos meios diagnósticos. No entanto, ressaltaram que nem sempre é possível efetivar as mudanças na prática em decorrência da interferência de outros fatores, como a deficiência de infraestrutura, insumos e equipamentos, precárias condições de trabalho e desarticulação da rede de serviços, situação também observada por Germano et al. (2005).

No tocante ao planejamento das ações de controle da TB, observaram-se condições insatisfatórias para médicos e regulares para o enfermeiro, indicando que para nenhuma das duas categorias investigadas o planejamento é uma prática rotineira, culminado no desenvolvimento de ações assistemáticas e que, por vezes, não respondem às reais necessidades da população acometida com TB. Muitos profissionais ainda acrescentaram que

esse planejamento geralmente ocorre durante a semana de tuberculose, quando é exigido que as unidades apresentem um planejamento das atividades educativas que serão desenvolvidas, reforçando a prática de um planejamento pontual e não periódico.

Silva, Motta e Zeitone (2010) observaram situação semelhante quando caracterizaram a prática do enfermeiro na ESF de Vitória/ES, verificando que apenas 6,76% dos períodos de trabalho foram utilizados para reuniões de equipes. Estes são momentos que podem constituir ocasiões fundamentais para o planejamento e construção de propostas de intervenções multidisciplinares voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças apresentadas pelo território, as quais são de responsabilidade das equipes.

6.6 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

Com a descentralização das ações de diagnóstico e controle da TB para a atenção básica, observou-se uma forte política de incentivo ministerial para que essas ações sejam efetivamente incorporadas ao cotidiano das unidades de saúde e a prática profissional daqueles que lá atuam, especialmente no que tange à busca de sintomáticos respiratórios, à oferta da baciloscopia de escarro, ao diagnóstico precoce com pronto início do tratamento. Todavia, esse processo vem ocorrendo de forma gradual e diversificada neste nível de atenção, compreendido pelas UBS e pelas estratégias do PACS e ESF, apresentando algumas contradições, entraves e dificuldades de ordem organizacional, política, social e até mesmo cultural.

Na presente investigação, quando observamos as dificuldades enfrentadas pelos profissionais das unidades de atenção primária para o diagnóstico da tuberculose na rede básica, verificou-se que grande parte está relacionada somente aos serviços de saúde (56,2%) e apenas 5% são atribuídas somente aos doentes.

No tocante às dificuldades relacionadas aos serviços de saúde, predominaram o apoio laboratorial deficiente, a deficiência na referência para os serviços especializados, desarticulação da rede de serviços, o déficit de recursos humanos e materiais, a baixa realização de busca ativa, e a falta de sensibilização e envolvimento dos profissionais especialmente no que tange à identificação de sintomáticos respiratórios.

Observou-se que essas dificuldades vêm confirmar o que já foi discutido anteriormente, reafirmando a interligação existente entre essas diversas barreiras, que acabam por estabelecer uma cadeia de impasses e entraves para o diagnóstico precoce e efetivo

controle da TB, em que um fator interfere e sofre interferência de outros, em um círculo vicioso que compromete todo o fluxo do processo de diagnóstico e controle da TB.

Nesse sentido, a falta de sensibilização e envolvimento dos profissionais, aliado ao déficit de recursos humanos, que pode resultar em sobrecarga de funções entre os profissionais, compromete a realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios e a capacidade resolutiva dos serviços, assim como o processo de interação, vínculo e adesão ao processo terapêutico.

Para Monroe et al. (2008), essa debilidade qualitativa e quantitativa de recursos humanos, caracterizada pela falta de RH, a sobrecarga de funções, a inadequada qualificação das equipes lidarem com a TB e rotatividade de profissionais, e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde também se configuram como obstáculos para a incorporação das ações de diagnóstico e controle da TB na atenção primária.

Marcolino et al. (2009) acrescenta que a dificuldade de inserção da busca ativa de SR e da realização da baciloscopias na atenção básica pode ser indicativo de deficiências organizacionais (previsão de insumos, capacitações insuficientes dos profissionais para realização de procedimento) que repercutem no desempenho das equipes de saúde na detecção precoce dos casos de TB neste nível de atenção.

No entanto, verificou-se que, após a identificação do sintomático respiratório, os entraves persistem, na medida em que as unidades, muitas vezes, não possuem os insumos necessários para o diagnóstico nem dispõem de apoio laboratorial efetivo para garantia do retorno dos resultados em tempo hábil, bem como apresentam dificuldades na referência para os serviços especializados, como demora na marcação de consultas especializadas e resultados de exames, o que pode ser indicativo da desarticulação da rede de serviços.

Esses achados corroboram com os resultados observados por Clementino e Miranda (2010), em estudo realizado em Campina Grande/PB, em que a estrutura inadequada dos serviços de saúde, a distância da unidade de saúde para o centro de referência, a demora no agendamento e resultados dos exames também se constituíram em barreiras para o acesso aos serviços e diagnóstico da TB, por repercutirem na acessibilidade organizacional, geográfica e econômica. E por Lemos (2010) e Sá et al. (2011), em que a falta de qualificação profissional, a não realização da busca ativa, a baixa suspeição diagnóstica, problemas estruturais dos serviços de saúde e a demora do usuário em procurar as Unidades de Saúde da Família contribuem para o retardo do diagnóstico da TB.

Sendo assim, no que tange ao diagnóstico da TB, Marcolino et al. (2009) sugerem a necessidade de mecanismos que garantam o fluxo laboratorial do material coletado (armazenamento, transporte, sistema de informação), aliado à ampliação da capacidade técnica dos profissionais e o consequente empoderamento de suas funções e competências frente aos casos de TB.

Em relação aos doentes, o retardo na procura do serviço de saúde, a não aceitação da doença, o estigma e o preconceito e a baixa condição socioeconômica – relacionada à pobreza, alcoolismo, uso de drogas e moradores de rua – foram as principais barreiras apontadas nos depoimentos, os quais podem comprometer a procura e o acesso dos doentes às ações de diagnóstico da TB na atenção básica.

Apesar de a tuberculose ser uma enfermidade que tem cura, ainda permanece com o seu caráter histórico de uma doença estigmatizada até os dias atuais. Psicólogos, antropólogos e sociólogos, analistas dessa enfermidade observam que falar sobre o assunto provoca incômodo, sobretudo nas comunidades mais carentes (GONÇALVES, 2002), persistindo, segundo Porto (2007), no imaginário social e como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização da tuberculose e do tuberculoso, o que constitui um sério entrave no diagnóstico e controle da doença atualmente.

O estigma e o preconceito do próprio indivíduo doente e da sociedade, aliados à baixa situação socioeconômica que atinge grande parte desses pacientes e ao desconhecimento e tabus acerca da doença, ainda comprometem, segundo os sujeitos desta pesquisa, a procura pelo serviço de saúde, dificultando e retardando o diagnóstico da doença. Tais evidências estão consonantes aos resultados de estudos realizados por Job et al. (1986), Lemos (2010) e Sá et al. (2011), que observaram atraso no diagnóstico da TB relacionados à estigmatização da doença, à falta de conhecimento, à automedicação, ao receio e à demora para procura os serviços de saúde por parte do doente.

Além disso, outras questões socioeconômicas estão envolvidas como entraves para a identificação e diagnóstico da TB, tais como o alcoolismo, o abuso de drogas, a pobreza e pessoas que vivem em condições de moradores de rua. No tocante ao alcoolismo, dados da literatura do Brasil e do exterior (WYSOCKI, 2011; VAN DER WERF et al., 2006) reafirmam que os doentes que consomem bebidas alcoólicas demoram mais tempo para procurar atendimento, em relação aos que não têm este hábito.

Os achados deste estudo também são corroborados por aqueles encontrados em uma revisão integrativa, realizada por Villa et al. (2008), em que destacaram pobreza extrema, mau estado nutricional, tabagismo, alcoolismo, falta de moradia, desemprego, uso de drogas

ilícitas e baixa escolaridade, como fatores preditivos para resultados desfavoráveis do tratamento.

Diante dessas dificuldades, ressalta-se a necessidade de que os profissionais estejam sensibilizados quanto às características comportamentais, sociais, econômicas e estigmatizantes que envolvem a TB, para que possam prestar uma assistência resolutiva às reais necessidades dos indivíduos acometidos por essa enfermidade.

Por fim, a análise das dificuldades vivenciadas pelos profissionais para identificar e diagnosticar um caso de TB na rede básica permitiu-nos identificar diversas barreiras organizacionais, políticas, técnicas, operacionais, estigmatizantes, culturais e sociais, de diversas dimensões, que acabam comprometendo a atenção à TB no município em estudo.

Nesse sentido, o desafio consiste na organização da atenção à TB e na adoção de mecanismos de gestão que garantam condições físicas, insumos e equipamentos para o diagnóstico da doença e capacitação da equipes de saúde, aliada ao efetivo apoio laboratorial com rápido retorno dos resultados, capazes de garantir o diagnóstico precoce da doença com pronto início do tratamento medicamentoso.

Além disso, emerge a necessidade de reconhecermos também ações voltadas para a prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde, valorizando os aspectos históricos, culturais, estigmatizantes e preconceituosos que permeiam a atenção à TB e ao tuberculoso, e não mais a vigilância tradicional e pouco efetiva, focada apenas no indivíduo.

CONCLUSÃO

“Não desista, pois você pode estar a um passo do sucesso, da realização e da conquista de seus projetos.”

(Erik Penna)

7 CONCLUSÃO

A maneira como está organizada e estruturada a rede de serviços municipal no tocante à atenção à tuberculose tem impactado o desenvolvimento das ações de diagnóstico precoce e controle da doença no âmbito da atenção primária à saúde. É possível depreender a existência de fragilidades e potencialidades no tocante à *Estrutura* e ao *Processo* dos serviços de saúde no desenvolvimento dessas ações, conforme as análises emitidas pelos profissionais de saúde das UBS e USFs do Município de Natal que participaram como sujeitos deste estudo.

No tocante às condições estruturais das unidades de saúde para o desenvolvimento dessas atividades, observou-se que, embora elas possuam os insumos necessários para o diagnóstico e acompanhamento dos casos, como, por exemplo, a consulta médica, o formulário para solicitação de BK e o pote para coleta do escarro, bem como a cesta básica de apoio, a maioria não dispõe de geladeira para acondicionamento das amostras, nem de serviços de coleta de laboratório na própria unidade, assim como não fornecem vale-transporte.

Sendo assim, é transferida ao paciente a responsabilidade pelo encaminhamento da amostra ao laboratório, o que compromete a integralidade da atenção à TB e o desempenho desses serviços no diagnóstico precoce da doença. Somam-se a isso o deslocamento, a distância do domicílio até o laboratório ou serviço de referência, a dependência de transporte, o gasto financeiro, a baixa situação socioeconômica da maioria destes pacientes e o não recebimento de incentivos como o vale-transporte, que muitas vezes inviabilizam a ida para realização dos exames e outras atividades complementares ao tratamento de TB, retardando o diagnóstico, comprometendo a adesão e o controle da doença.

Ainda em relação à *Estrutura* dos serviços, verificou-se que a maioria dos profissionais estava capacitada para a busca e identificação de sintomáticos respiratórios. No que se refere ao planejamento das ações, observou-se desempenho não satisfatório, emergindo a necessidade da incorporação deste aspecto como forma de viabilizar o atendimento integral e resolutivo às necessidades de pacientes, família e comunidade.

Quanto às ações de diagnóstico e controle da TB desenvolvidas no território das unidades de saúde investigadas, as quais constituem o componente *Processo* dos serviços de saúde, observou-se desenvolvimento satisfatório para as ações centradas no indivíduo doente. No entanto, percebeu-se que as ações voltadas para o âmbito coletivo, com enfoque na busca de sintomáticos respiratórios, controle de comunicantes e orientações para a comunidade

ainda não são uma prioridade no cotidiano de trabalho destes profissionais, ocorrendo de forma pontual, limitada, fragmentada e com pouca resolutividade.

No que se refere às dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o diagnóstico da TB na rede básica de saúde, além das relacionadas à retaguarda laboratorial e à busca ativa, destacam-se a desarticulação da rede de serviços, com dificuldades na referência para as ações especializadas, a demora no retorno dos resultados e a falta de sensibilização e envolvimento de alguns profissionais. Somam-se a isso os fatores intrínsecos à doença e ao doente, entremeados por estigma, preconceito e situações de vulnerabilidade social.

Sendo assim, conforme os aportes teóricos utilizados neste estudo sobre APS, entendemos que as unidades de saúde de APS do Município de Natal apresentam dificuldades no desempenho de suas ações para uma atenção primária à saúde com ampla acessibilidade aos serviços pelos pacientes de TB. Tal situação compromete as unidades no exercício do princípio primordial deste nível de atenção, o qual é caracterizado como porta de entrada efetiva para uma atenção continuada à saúde dessa população, com garantia de estrutura e serviços para a realização das ações nesse processo.

Frente a esse cenário, emerge a necessidade de articulação efetiva dos diversos setores e atores-chave envolvidos na atenção à tuberculose – gestores, profissionais de saúde, pacientes, família e sociedade – dos níveis centrais e periféricos do sistema de saúde, capazes de contribuir para a construção de um novo paradigma de atenção primária à saúde daqueles acometidos por essa enfermidade.

Nesse sentido, o desafio consiste na organização da atenção à TB e na adoção de mecanismos de gestão que contemplem ações voltadas para a prática de saúde integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das unidades de saúde. Propomos que sejam ampliadas as ações com enfoque na família e na orientação para a comunidade, priorizando a vigilância à saúde. Entendemos que há necessidade de valorizar os aspectos históricos, culturais, estigmatizantes e preconceituosos que permeiam a atenção à TB e ao tuberculoso, e não mais a vigilância tradicional e pouco efetiva, focada apenas no indivíduo.

Nessa perspectiva, recomendamos aos gestores municipais a adoção de estratégias intersetoriais que busquem a ampliação da capacidade de resposta da APS, promovendo melhor desempenho na prestação dos serviços aos usuários, família e comunidade, assegurando ações efetivas e resolutivas para as necessidades deste grupo populacional.

No tocante à relevância deste estudo para a enfermagem, destacamos o protagonismo exercido por estes profissionais na atenção e controle da TB, voltados para as diferentes

esferas individual, familiar e social no contexto da APS. A participação e a intervenção da enfermagem são perceptíveis em todas as dimensões que permeiam o controle dessa enfermidade: no gerenciamento, participando na elaboração e planejamento de ações e políticas de saúde; na atenção e assistência direta, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e controle direcionadas ao paciente, família e comunidade, valorizando os aspectos biopsicossociais; na pesquisa, analisando e investigando os diversos aspectos relacionados a essa doença, aos cuidados de enfermagem e à sistematização das ações individuais e coletivas desenvolvidas pela enfermagem para o diagnóstico e controle da TB; e, por fim, na docência, contribuindo para formação de recursos humanos em enfermagem na atenção primária à saúde e, especialmente, na atenção à TB, bem como no desenvolvimento de capacitações das equipes de saúde.

No ambiente das unidades de atenção primária, cenário desta investigação, o enfermeiro assume papel de relevância, diante da liderança que possui como elemento articulador nas ações de vigilância à saúde, com destaque para a busca e acolhimento do SR, diagnóstico e acompanhamento dos doentes em tratamento, controle de comunicantes, ações de saúde desenvolvidas na comunidade, capacitação e treinamento da equipe de saúde, supervisão do agente comunitário de saúde, dentre outras, refletindo o compromisso e a responsabilidade assumida pela enfermagem na vigilância à saúde e no controle das doenças crônicas e/ou endêmicas no contexto da atenção primária.

Por fim, há de se considerar que este estudo representa a percepção dos profissionais sobre os serviços de atenção primária nos quais eles trabalham, o que precisa ser aprofundado através de um estudo observacional da realidade dos serviços e das ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses quefazerem que se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a verdade.”

(Paulo Freire)

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
- ALTET, M. L. et al. Estudio del retraso diagnóstico de la tuberculosis pulmonar sintomática. *Archivos de Bronconeumología*, v. 39, n. 4, p. 146 – 152, 2003.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ARCÊNCIO, R. A. **A organização do tratamento supervisionado nos municípios prioritários do estado de São Paulo**. 2006. 140f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- ARCÊNCIO, R. A. **A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto (2007)**. 2008. 159f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação e Programas Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BATAIERO, M. O. **Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: Dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde**. 2009. 249p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n.3, p. 401-412, 2002.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. Projeto Fisher. Editora Blucher, 2005. 274p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, out 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Plano Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 1999a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6. ed. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5 ed. Rio de Janeiro: FUNASA/CROHF/SBPT, 2002c. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose: guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, out./dez. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2005: Uma análise da situação de saúde**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de Controle de Tuberculose. **Informe técnico de tuberculose: novo sistema de tratamento da tuberculose para adultos e adolescentes no Brasil**. Brasília, 2010. 8p.

_____. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 09 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 26 jan. 2012.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 6. ed. Projeto Fisher. São Paulo: Editora Saraiva, 2010. 540p.

CÁCERES-MANRIQUE, F. M.; OROZCO-VARGAS, L. C. Demora en El diagnóstico de tuberculosis pulmonar em uma region de Colombia. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v.10, n.1, p. 94-104, fev. 2008.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 569 – 584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

CAMPINAS, L. L. S. L; ALMEIDA, M. M. M. B. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 69-76, 2004.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1881-1892, set. 2006.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica em ciências sociais**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996. 209 p.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.584-590, out./dez. 2010.

CURTO, M. et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 1-8, set./out. 2010.

DYE, C.; WATT, C. J.; BLEED, D. M.; WILLIAMS, B. G. What is the limit to case detection under DOTS: strategy for TB control communicable diseases. **Tuberculosis (Edinb)**, v. 83, n. 1-3, p. 35-43, 2003.

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

_____. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: La Prensa Mexicana S. A., 1984. 192p.

ESCOBAR, E. M. A. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: CIANCIARULLO; T. I. et al (Org). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 93-101.

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.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p.43-67.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. **Acesso ao tratamento de tuberculose**: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007). 2008. 120f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

GAZETTA, C. E. **Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose**: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 no município de São José do Rio Preto. 2004. 169f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GAZETTA, C. E. et al. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008.

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.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/Capacitacao_equipes_PSF.pdf. Acesso em: 28 out. 2011.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOLUB, J. E. et. al. Delayed tuberculosis diagnosis and tuberculosis transmission. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 10, n. 1, p. 24-30, 2006.

GOMES, A. L. C. **Avaliação do desempenho das equipes de saúde da família no controle da tuberculose no município de Bayeux – PB**: o vínculo e o processo de trabalho na atenção primária à saúde. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

GONÇALVES, H. **Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

GONÇALVES, M. J. F.; PENNA, M. L. F. Morbidade por tuberculose e desempenho do programa de controle em municípios brasileiros, 2001-2003. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Supl. 1, p. 95-103, 2007.

GONZALES, R. I. C. **O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto, SP – Brasil: avaliação do desempenho**. 2005. 106f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

HASHIM, D. S.; AL KUBAISY, W.; AL DULAYME, A. Knowledge, attitudes and practices survey among health care workers and tuberculosis patients in Iraq. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 9, p. 718-731, 2003.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IGNOTTI, E.; OLIVEIRA, B. F. A.; HARTWIG, S.; OLIVEIRA, H. C.; SCATENA, J. H. G. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 27 dez. 2011.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl 1, p. 104-110, 2007.

JOB, J. R. P. P. et al. Informações que antecedem o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados em centro de saúde, São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 21- 25, 1986.

KIEFER, E. et al. Knowledge and attitudes of tuberculosis management in San Juan de Lurigancho district of Lima, Peru. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v. 3, n. 10, p. 783-788, 2009.

LEMONS, M. **Atraso no diagnóstico da tuberculose na percepção dos gerentes da Atenção Básica à Saúde de Ribeirão Preto – São Paulo**. 2010. 67f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

- MACHADO, A. C. F. T. et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. **Jornal brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 512-520, 2011.
- MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p 243-56, 2003.
- MACIEL, E. L. N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1395-1402, 2009.
- MACIEL, E. L. et al. Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis at a primary health clinic in Vitoria, Brazil. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 14, n. 11, p.1403-1410, 2010.
- MARCOLINO, A. B. L. **Ações de Controle da Tuberculose no contexto das equipes de saúde da família no município de Bayeux-PB**: a avaliação dos componentes acesso e elenco de serviços. 2007. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- MARCOLINO, A. B. L. et al. Avaliação do acesso às 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.
- MARGON, S. M. C. D. **Acesso ao diagnóstico de tuberculose pulmonar no cotidiano dos trabalhadores de saúde da atenção básica**. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2011.
- MAZZEI, A. M. A. et al. Suporte social para portador de tuberculose no serviço de saúde e na comunidade. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 41-46, 2003.
- MEIRELLES, E.B. **Capacitacion en diagnostico precoce de tuberculosis en los profesionales de las equipes de salud en São José do Rio Preto**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/Escuela Nacional de Salud Publica de Havana, São José do Rio Preto/Havana, 2003.
- MELO, V. O.; SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Londrina-PR no Ano de 1996. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, out./dez, 1999.
- MELO, M. L. C.; NASCIMENTO, M. A.A do. As políticas de capacitação de recursos humanos em um sistema municipal de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 14, n. 1, p. 73-81, abril, 2001.

MENDES, M. C. T. **A clientela e os profissionais de saúde diante da tuberculose**. 1998. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas (SP), 1998.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2001.

_____. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. Ceará, 2002.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda para saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, n. 4, p. 4-26, 2004.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-267, 2008.

MOROCO, J. **Análise Estatística de dados – com utilização do SPSS**. Lisboa: Edição Sílabo, 2003.

MUNIZ, J. N.; VILLA, T. C. S.; PEDERSOLLI, C. E.. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 33-42, jun.1999.

MUNIZ, J. N. **O programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto – SP: um desafio para a atenção primária à saúde**. 2004. 148 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de Sintomático Respiratório para o controle da TB na prática do Agente Comunitário de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.315-321, 2005.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. **(RE)desenhando a rede de saúde da cidade do Natal**. Natal, RN, 2007.

NÓBREGA, R. G. **As ações de controle da tuberculose desenvolvidas pelas equipes de Saúde Indígena da Paraíba: análise da dimensão da coordenação**. 2007. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

NOGUEIRA, J. A. et al. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 106-118, 2007.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011.

NOVAES, M. D. H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

OLIVEIRA, L. G. D; NATAL, S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29 –38, 2007.

OLIVEIRA, M. M. **Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família**. 2008. 181f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, S. A. C. **Desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose em relação ao enfoque na família e orientação para comunidade na percepção do doente. São José do Rio Preto (2007)**. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

OLIVEIRA, M. F. **Acesso ao diagnóstico de Tuberculose em serviços de saúde do município de Ribeirão Preto – São Paulo (2006-2007)**. 2009. 137f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OLIVEIRA, S. A. C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.3, maio/jun, 2009.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PACKHAM, S. Tuberculosis in the elderly. **Gerontology**, v. 47, n. 4, p. 175-179, 2001.

PAIVA, R. E. A. **A busca de sintomático respiratório de tuberculose na prática e perspectiva do Agente Comunitário de Saúde nos Distritos Sanitários de Natal**. 2010. 68f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

PINTO, E. S. G. **Controle da tuberculose na atenção básica de saúde de Natal/RN: visão do agente comunitário**. 2011. 93f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, p.43-49, set. 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. **Programa Estadual de Controle de Tuberculose**. Rio Grande do Norte, 2010.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissionista. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 229-233, abr./jun. 2009.

ROGERS, P. J. The whole world is evaluating half-full glasses. **American Journal of Evaluation**, v.2, n. 3, p. 431-435, 2001.

RUFFINO NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-18, jun.1999.

_____. Programa de controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002.

SÁ, L. D. et al. A organização da estratégia saúde da família e aspectos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 437-442, jul./set. 2011.

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

SCATENA, L. M. et al. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em cinco municípios do Brasil – análise multivariada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2008.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

SERAPIONE, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 402-416, 2007.

SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 441-488, 2010.

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

- SILVA, V. A. **Avaliação das ações de controle da tuberculose no município de Campina Grande-PB**. 2011. 101f. Dissertação (Mestrado) - Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- SOUZA, S. S. et al. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-28, 2010.
- SREERAMAREDDY, C. T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, v.9, p. 91-101, 2009.
- 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.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- TAVARES, A. C. L.; SANTOS, S. R. S. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família no município de João Pessoa-PB. **Enfermagem Brasil**, v. 5, n. 6, p. 317-323, nov./dez. 2006.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 24, p.193-201, 2008.
- VAN DER WERF, M. J. et al. Health care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Kiev City, Ukraine. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 10, n. 4, p. 390 -395, 2006.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar.2004.
- VILLA, T. C. S. et al. As políticas de controle da tuberculose no Sistema de Saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS (1998-2005). In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006a. p.29-47.
- VILLA, T. C. S. et al. Experiência da Implantação da Estratégia DOTS no Estado de São Paulo (1998-2005) In: VILLA, T.C.S.; RUFFINO NETTO A. (org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil - histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2006b. p.75-139.
- VILLA, T. C. S. et al. Factors predicting unfavorable results in tuberculosis treatment: an integrative literature review (2001-2005). **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 01, p. 01-16, 2008.
- VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. **Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em diferentes regiões do Brasil**. Projeto de Pesquisa CNPQ Edital

MCT/CNPQ/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT, No. 034/2008. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, 2008. 47p.

WALLACE, C. E. et al. Approches to contact investigations in Texas. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v.7, n.12, p. 358-362, 2003.

WYSOCKI, A. D. **Tuberculose: tempo decorrido ente o início dos sintomas e procura pelo serviço de saúde em São José do Rio Preto – SP (2009)**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A strategic framework to decrease the burden of TB/HIV**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing**. Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control surveillance, planning, financing: WHO report 2007**. Geneva, 2007.

APÊNDICES

"É muito importante que o homem tenha ideias. Sem elas não se vai à parte alguma."

(Dalai Lama)

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



**GRUPO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE-
REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE (GEOTB/REDE TB)
MESTRADO EM ENFERMAGEM - UFRN**



DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ENFERMEIROS E MÉDICOS)	
Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____ Local da coleta: _____
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____

INFORMAÇÕES GERAIS	
1.	Iniciais do Profissional
2.	Titulação (Especificar área):
3.	Ocupação: Médico <input type="checkbox"/> 1
	Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2
4.	Local de Serviço/Nome da Unidade:
5.	Distrito Sanitário:
6.	Número de anos (formação): _____ anos
7.	Número de anos (atuando na atenção básica): _____ anos
10.	Tipo de Unidade em que trabalha UBS <input type="checkbox"/> 1
	UBS / PACS <input type="checkbox"/> 2
	USF <input type="checkbox"/> 3
	Unidade Mista <input type="checkbox"/> 4
DISPONIBILIDADE DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS	
11.	Com que frequência há disponível o formulário específico para pedido de baciloscopia no serviço de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 99- <input type="checkbox"/> Não sabe
12.	Com que frequência o doente recebe o pote para colher o escarro no mesmo serviço de saúde que pediu o exame? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
13.	Com que frequência o doente precisa ser encaminhado para outro serviço para colher o exame de escarro? 1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase Sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase Nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
14.	No serviço de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha há lugar específico para guardar o escarro (geladeira ou caixa térmica)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
15.	O doente entrega o pote de escarro? <input type="checkbox"/> no mesmo serviço de saúde em que o exame foi pedido; <input type="checkbox"/> em outro serviço; <input type="checkbox"/> não consegue entregar.
16.	Em sua opinião, quando o doente consegue entregar o pote de escarro? 5- <input type="checkbox"/> na primeira tentativa; 4- <input type="checkbox"/> na segunda tentativa; 3- <input type="checkbox"/> na terceira tentativa; 2- <input type="checkbox"/> na quarta tentativa ou mais; 1- <input type="checkbox"/> não conseguiu.
17.	Com que frequência o doente realiza o Raio X no mesmo serviço de saúde em que pediu o exame? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
18.	Quando o doente passa mal por causa da medicação ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de 24 horas? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
19.	Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe de saúde do serviço em que o(a) Sr(a) trabalha?
	19.a. cesta básica ou vale-alimentação? <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
	19.b. vale-transporte <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
	19.c. Apoio de um psicólogo para enfrentar preconceito, depressão, medo? <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DESENVOLVIDAS	
20.	Com que frequência, durante os atendimentos que o(a) Sr(a) realiza, suas perguntas são pautadas em sinais e sintomas? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
21.	Com que frequência, durante os atendimentos, o(a) Sr(a) conversa sobre outros problemas de saúde? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
22.	Quando o doente procura o serviço de saúde, apresentando tosse, febre noturna, etc., com que frequência são pedidos os exames:

	22.a. Exame de escarro 22.b. Raio X 22.c. Outro _____	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
23.	Com que frequência os profissionais de saúde da unidade em que o Sr(a) trabalha solicitam o exame de escarro para doente? 23.a. Médico 23.b. Enfermeiro	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
24.	Quando o exame de escarro é pedido para o doente, quando ele chega até o serviço de saúde apresentando tosse, febre, etc.? 5- <input type="checkbox"/> Na primeira consulta; 4- <input type="checkbox"/> Na segunda consulta; 3- <input type="checkbox"/> Na terceira consulta; 2- <input type="checkbox"/> Na quarta consulta; 1- <input type="checkbox"/> Na quinta ou mais consulta; 99- <input type="checkbox"/> Não sabe	
25.	Com que frequência o profissional do serviço de saúde ensina ao doente como coletar o exame de escarro? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre;	
26.	Em que momento o Raio X é pedido para o doente quando este chega até o serviço de saúde apresentando tosse, febre, etc.? 5- <input type="checkbox"/> Na primeira consulta; 4- <input type="checkbox"/> Na segunda consulta; 3- <input type="checkbox"/> Na terceira consulta; 2- <input type="checkbox"/> Na quarta consulta; 1- <input type="checkbox"/> Na quinta ou mais consulta; 99- <input type="checkbox"/> Não sabe.	
	Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe de saúde de seu serviço?	
27.	Exame para HIV/AIDS	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
28.	Exames para o diagnóstico da TB para pessoas da família e/ou que moram na mesma casa que o doente: 28.a. Exame de escarro 28.b. Raio X 28.c. Teste da pele (PPD)	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
29.	Exames para o diagnóstico da TB para as pessoas que trabalham e/ou estudam com doente: 29.a. Exame de escarro 29.b. Raio X 29.c. Teste da pele (PPD)	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
30.	Durante a consulta de controle com que frequência é pedido o exame de escarro? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca (a cada 5 meses ou mais); 3- <input type="checkbox"/> Às vezes (a cada 4 meses); 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre (a cada 3 meses); 5- <input type="checkbox"/> Sempre (a cada 2 meses)	
31.	Com que frequência são realizadas:	
	31.a. Busca ativa dos sintomáticos respiratórios 31.b. Visitas domiciliares dos profissionais da unidade de saúde na vizinhança para entrega de pote e coleta de escarro 31.c. Ações de saúde desenvolvidas em Igrejas, Associações de Bairro, etc., para entrega do pote para coleta de escarro 31.d. Participação de membros da comunidade para discutir o problema da TB na unidade de saúde 31.e. Visita ou telefonema comunicando atraso da data de retorno à consulta mensal 31.f. Orientações quanto aos agravos associados, como HIV, alcoolismo, abuso de drogas lícitas e ilícitas, doença mental, etc.	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
32.	O profissional do serviço de saúde que acompanha o tratamento do doente costuma visitá-lo em sua moradia? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre;	
33.	Qual é sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do serviço em que o(a) Sr(a) atua, no tocante às ações de tuberculose? 1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bom; 5- <input type="checkbox"/> Muito bom	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
34.	Em sua opinião, em quanto tempo o doente faz o exame de escarro depois que é pedido? 5- <input type="checkbox"/> fez na hora; 4- <input type="checkbox"/> em 1 dia (24 horas); 3- <input type="checkbox"/> até 1 semana; 2- <input type="checkbox"/> de 2 a 3 semanas; 1- <input type="checkbox"/> mais de 5 semanas;	
35.	Tempo decorrido (em dias) entre a identificação do sintomático e início do tratamento:	
35.1	Qual o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório (SR) até a entrega do pote de escarro ao paciente? _____ dias	
35.2	Qual o tempo decorrido entre a entrega do pote ao SR até a devolução do pote com a amostra de escarro na unidade? _____ dias	

35.3	Qual o tempo decorrido entre o envio do pote com escarro ao laboratório e o recebimento do resultado? _____ dias
35.4	Qual o tempo decorrido entre a divulgação do resultado e o início do tratamento, no caso de resultado positivo? _____ dias
36.	Em quanto tempo os exames ficam prontos? 36.a. Exame de escarro 1- <input type="checkbox"/> + que 40 dias; 2- <input type="checkbox"/> de 21 a 40 dias; 3- <input type="checkbox"/> de 8 a 20 dias; 4- <input type="checkbox"/> de 2 a 7 dias; 5- <input type="checkbox"/> até 24 horas (1 dia) 36.b. Raio X 1- <input type="checkbox"/> + que 40 dias; 2- <input type="checkbox"/> de 21 a 40 dias; 3- <input type="checkbox"/> de 8 a 20 dias; 4- <input type="checkbox"/> de 2 a 7 dias; 5- <input type="checkbox"/> até 24 horas (1 dia) 36.c. Outro 1- <input type="checkbox"/> + que 40 dias; 2- <input type="checkbox"/> de 21 a 40 dias; 3- <input type="checkbox"/> de 8 a 20 dias; 4- <input type="checkbox"/> de 2 a 7 dias; 5- <input type="checkbox"/> até 24 horas (1 dia)
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	
37.	Em sua opinião, os profissionais do serviço de saúde em que o(a) Sr(a) trabalha estão preparados para identificar pacientes com suspeita de TB ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não sabe
38.	O(a) Sr(a), já recebeu treinamento para identificar sintomáticos respiratórios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
39.	Com que frequência o(a) Sr(a) participa de treinamentos relacionados à TB ? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
40.	Durante a sua formação, o(a) S(a) teve oportunidade de cuidar ou participar do processo terapêutico de pacientes com TB? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
41.	Com que frequência o(a) Sr(a) participa do planejamento de ações de controle da doença? 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre

Questão qualitativa

1. Na sua opinião, o que dificulta ao profissional de saúde identificar e diagnosticar um caso de TB nas unidades de atenção primária?

APÊNDICE B – CARTA À INSTITUIÇÃO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Ofício N° 54 /10PGenf

Natal/ RN, 21 de dezembro de 2010

Sr. Secretário;

Através desta, solicitamos autorização para o desenvolvimento, nesta instituição, da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado *Avaliação do Desempenho dos Serviços de Atenção Primária do Município de Natal/RN para o diagnóstico da Tuberculose*.

Trata-se de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado da aluna Maria Concebida da Cunha Garcia, a ser desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde do referido município, sob nossa supervisão. O objetivo do estudo é avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária do Município de Natal/RN no diagnóstico da TB. Os objetivos específicos são: - Analisar a estrutura e a disponibilidade de insumos nas unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico da tuberculose; - Analisar as formas de acesso dos portadores de TB aos serviços de atenção primária (UBS e ESF); - Investigar o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento nas distintas unidades de saúde em estudo; - Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais para oferta do diagnóstico de TB nas unidades de atenção primária; - Avaliar a qualificação dos profissionais das unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico da TB.

Ressaltamos a importância do estudo considerando o alto número de ocorrências de casos de tuberculose em nível mundial e a falta de informações acerca do desempenho das unidades de atenção primária no desenvolvimento das ações de diagnóstico dessa doença. Portanto, é de fundamental importância conhecer como estão sendo realizadas essas ações no Município de Natal, Rio Grande do Norte, em especial. Identificar o desempenho das unidades no diagnóstico da TB, bem como a sua organização e estrutura, e a qualificação profissional para o desenvolvimento dessas ações são relevantes, tendo em vista que as unidades de atenção primária e os profissionais que nela atuam desempenham um papel importante do diagnóstico precoce da TB.

Em anexo encaminhamos cópia do projeto e o formulário de anuência. Aguardamos deferimento e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,
Profa. Dra. Bertha Cruz Enders
Coordenadora da Pesquisa

Ilmo. Sr. Dr.
Thiago Barbosa Trindade, Secretário de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal

APÊNDICE C - TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Esclarecimentos**

Este é um convite para você participar da pesquisa: *Avaliação do Desempenho dos Serviços de Atenção Primária do Município de Natal/RN para o diagnóstico da Tuberculose*. Ela tem a finalidade de avaliar o desempenho das unidades de atenção primária do Município de Natal/RN no diagnóstico da TB. Esta pesquisa é coordenada pela Prof^ª. Dr^ª. Bertha Cruz Enders, professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Esta pesquisa objetiva: - Analisar a estrutura e a disponibilidade de insumos nas unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico da tuberculose; - Analisar as formas de acesso dos portadores de TB aos serviços de atenção primária (UBS e ESF); - Investigar o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório e o início do tratamento nas distintas unidades de saúde em estudo; - Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais para oferta do diagnóstico de TB nas unidades de atenção primária; - Avaliar a qualificação dos profissionais das unidades de atenção primária para o desenvolvimento das ações de diagnóstico da TB.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) a uma entrevista, onde será requisitado(a) a responder um questionário já estruturado. Os riscos envolvidos com sua participação serão mínimos, pois cuidados serão tomados para manter a privacidade das informações fornecidas por você, sendo resguardada a sua identidade.

Os benefícios em participar deste estudo estão relacionados à contribuição com o desenvolvimento das ações de diagnóstico da TB nas unidades de atenção primária, na medida em que permitirá o reconhecimento da realidade local e, conseqüentemente, impulsionará discussões que levem à melhoria dos serviços e da atenção ao paciente, no tocante ao diagnóstico da TB, bem como a realização de outros estudos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicação aparecer deste estudo, a identificação do participante não será revelada. Os resultados serão descritos de forma simplificada e o(a) entrevistado(a) não será identificado(a). Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta

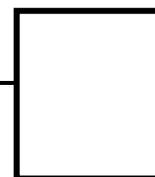
pesquisa poderá perguntar diretamente para Bertha Cruz Enders, no Campus Universitário, S/N, Departamento de Enfermagem, ou pelo telefone (84)3215-3857.

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN ou pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE.**

Nome do participante da pesquisa



Assinatura

Bertha Cruz Enders

Nome do pesquisador responsável
(Profa. Dra. Bertha Cruz Enders)

Pesquisador responsável:

BERTHA CRUZ ENDERS - UFRN- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM Campus Universitário, BR 101 – Lagoa Nova, LAGOA NOVA; NATAL/RN, CEP: 59072-970 ou pelo telefone (84)3215-3857.

Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campus, Campus Universitário, CEP 59.078-970, Natal, Brasil. e-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br; telefone: (84) 3215-3135.

ANEXOS

*“A vida sem ciência é uma espécie de morte.”
(Sócrates)*

ANEXO A – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Metas de controle da tuberculose pactuadas no Plano Municipal de Saúde de Natal/ RN, para o triênio 2011-2013.

Metas	Período
Detectar 70% dos casos novos estimados de Tuberculose (TB), passando de 67,4% em 2009 para 70% em 2013.	2011-2013
Garantir baciloscopia (BK) para o diagnóstico de 100% dos casos novos do tipo pulmonar.	2011-2013
Aumentar em 30% a busca de sintomático-respiratório em maiores de 15 anos.	2011-2013
Realizar BK de controle para a comprovação de cura em 100% dos casos de TB Pulmonar Positivos.	2011-2013
Implantar coleta de BK em 100% das Unidades básicas, passando de 46 Unidades em 2009 para 57 em 2013.	2011-2013
Assegurar a realização de exames Raio X de tórax de 100% das solicitações, com vistas a esclarecimento do diagnóstico e para comprovação de cura dos casos de TB.	2011-2013
Implantar cinco referências de laboratórios públicos para diagnóstico de TB, sendo um laboratório por Distrito Sanitário.	2011-2013
Reestruturar três laboratórios públicos para incorporar apoio diagnóstico de TB na Rede.	2011-2013
Implantar uma Unidade Pública de Saúde de referência para o diagnóstico e tratamento da TB em menores de 15 anos.	2011-2013
Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros das ESF/EACS para o Tratamento Diretamente Observado (TDO).	2011-2013
Implantar o Protocolo de Enfermagem para o “TDO” dos usuários com TB.	2011-2013
Alcançar 80% de cura para usuários tratados e acompanhados pelas equipes da Atenção Básica, passando de 41,97% em 2009 para, no mínimo, 80% em 2013.	2011-2013
Reduzir em 5% a proporção de abandono do tratamento de TB, de forma a atingir no máximo 11,94 até 2013.	2011-2013
Reduzir em 5% a taxa de mortalidade por TB, passando de 2,48 em 2009 para 2,36 óbitos/100.000 habitantes até 2013.	2011-2013
Disponibilizar pelo menos 200 cestas básicas para os usuários com TB em tratamento, conforme critérios estabelecidos.	2011-2013
Realizar uma campanha anual de sensibilização, mobilização e articulação governamental e da sociedade civil para enfrentamento da TB.	2011-2013
Aumentar para 100% as Unidades de Atenção Básica capacitadas para a administração da vacina BCG-ID.	2011-2013
Capacitar mais 10 Unidades para realizar PPD, passando de sete em 2009 para 17 unidades em 2013.	2011-2013
Ampliar em 50% a realização do teste de HIV para pessoas com TB.	2011-2013
Aumentar em 50% o exame clínico nos comunicantes do grupo familiar de usuários com TB.	2011-2013

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Natal/RN. Diário Oficial do Município. Out/2011.

ANEXO B – CHECK-LIST



GRUPO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE-
REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE (GEOTB/REDE TB)
MESTRADO EM ENFERMAGEM - UFRN



DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE

CHECK LIST DOS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELAS UNIDADES DE SAÚDE

Unidade de Saúde: _____
Responsável pela coleta de dados: _____
Data da coleta de dados: ____/____/____

INFORMAÇÕES SOBRE UNIDADE			
1.	Nome do Serviço de Saúde		
2.	Tipo de Unidade	Unidade Básica de Saúde (UBS)	1 <input type="checkbox"/>
		Unidade de Saúde da Família (USF)	2 <input type="checkbox"/>
		Unidade Mista	3 <input type="checkbox"/>
3.	Endereço:		
4.	Telefone:		

INFORMAÇÕES SOBRE OS INSUMOS EXISTENTES NA UNIDADE			
5.	Há pote para coleta de escarro no Serviço?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
6.	Os potes para coleta de escarro são de fácil acesso para os profissionais do serviço?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
7.	Há formulário para pedido de baciloscopia de escarro no Serviço?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
8.	Há geladeira no Serviço para acondicionamento dos exames de escarro colhidos?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.	Existe algum laboratório responsável por pegar as Baciloscopias?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
10.	Se sim:		
	10.2. Qual a frequência em que o laboratório passa:		
	1 <input type="checkbox"/> Diariamente		
	2 <input type="checkbox"/> Uma vez / Semana		
	3 <input type="checkbox"/> Duas vezes / semana		
	4 <input type="checkbox"/> Três vezes / semana		
	5 <input type="checkbox"/> Quatro vezes / semana		
	10.1. Qual o horário em que o Laboratório passa? _____		
	Há livro de Registro dos Sintomáticos respiratórios?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
12.	Há na Unidade uma rotina sistematizada para o atendimento dos usuários sintomáticos respiratórios?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
13.	Há um profissional que responde pelas ações de controle da TB?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

ANEXO C – PARECER CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

10 anos contribuindo com a ética na pesquisa

2001
2011
UFRN

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER N° 051/2011

Prot. nº	231/10-P CEP/UFRN
CAAE	0248.0.051.000-10
Projeto de Pesquisa	Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária do município de Natal/RN para o diagnóstico da tuberculose.
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Bertha Cruz Enders
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Sediadora	Secretaria Municipal de Saúde de Natal - RN
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início - mar/2010 - Término - dez/2011 Arrolamento dos participantes: Início - fev/2011 - Término - abr/2011
Revisão ética em	4 de março de 2011

RELATO

1. RESUMO

A proposta de estudo sob análise tem como objetivo geral: *“avaliar o desempenho dos serviços de atenção primária (USF e UBS) do Município de Natal-RN no diagnóstico da TB”*.

Para atingir esse objetivo serão recrutados 120 (cento e vinte) profissionais de saúde médicos, enfermeiros, e auxiliar/técnicos de enfermagem, nas unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família localizadas em diversos distritos sanitários.

As informações serão coletadas por meio de aplicação de um questionário composto de 61 (sessenta e um) itens elaborado por pesquisadores da Johns Hopkins University, nos Estados Unidos, traduzido e testado em município do Rio de Janeiro. A análise dos dados será efetuada usando-se a estatística descritiva.

Os pesquisadores acreditam que o estudo proposto trará, entre outros, o benefício da *“implementação e/ou adequação das ações para o diagnóstico da doença de modo a assegurar uma descoberta precoce dos casos”*.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

PARECER 051/2011 CEP/UFRN

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 10 de março de 2011.


Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: *Avaliação do Desempenho dos Serviços de Atenção Primária do Município de Natal/RN para o diagnóstico da Tuberculose.*

RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

- Autorizamos a coleta de dados na instituição.
 Não autorizamos a coleta dados na instituição.

Quanto à divulgação:

- Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.
 Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Quanto ao relatório técnico-científico:

- Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.
 Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Comentário: _____

Natal, RN, 23/10/2010

Dr. Thiago Barbosa Trindade - Secretário de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Natal, RN

(Carimbo)
THIAGO BARBOSA TRINDADE

Observação: Uma cópia deste documento é enviada ao Plano Municipal de Saúde de Natal - RN, ao Comitê de Ética/UFRN e 1 com a equipe de pesquisa.

