

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

REBECA AINOÃ DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TUBERCULOSE EM UBERABA/MG**

UBERABA

2014

REBECA AINOÃ DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TUBERCULOSE EM UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo Temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Sybelle de Souza Castro.

UBERABA

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S713a

Souza, Rebeca Ainoã de
Avaliação da integração das ações e serviços na assistência ao portador
de tuberculose em Uberaba/MG / Rebeca Ainoã de Souza. -- 2014.
116 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014
Orientadora: Profª Drª Sybelle de Souza Castro

1. Tuberculose. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação de serviços de
saúde. I. Castro, Sybelle de Souza. II. Universidade Federal do Triângulo Mi-
neiro. III. Título.

CDU 616-002.5

REBECA AINOÃ DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA AO
PORTADOR DE TUBERCULOSE EM UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, _____ de _____ de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Sybelle de Souza Castro – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a. Dr.^a. Lúcia Marina Scatena
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a. Dr.^a. Aline Aparecida Monroe
Universidade de São Paulo

Dedico à minha mãe, meu exemplo de fé, força e amor. Que combateu um bom combate, acabou a carreira e guardou a fé. Que mesmo na ausência é parte indissociável de mim e maior responsável pelas minhas conquistas. Minha gratidão e amor eternos!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida, me amparar nas dificuldades e me prover de forças e capacidade para conquistar mais esta vitória. Sem ele eu nada seria.

Aos meus pais, Célia e Jeremias, pelo amor sem limites, pelo apoio incondicional e por me permitirem sonhar mesmo nas situações adversas, fazendo tudo o que era possível para que eu alcançasse meus objetivos. Esta vitória é por vocês e para vocês.

Às minhas irmãs, Débora e Háquila, pelo amor e união que me mantiveram firme, por me ensinarem que a família é o que há de mais importante na vida, por me apoiarem e sempre acreditarem na minha capacidade de transpor os obstáculos que se ergueram ao longo da jornada. Amo vocês!

Ao meu sobrinho Davi, anjo que Deus enviou para nos devolver o sorriso, a felicidade, a paz e a vontade de persistir na caminhada.

Aos meus cunhados, Davi e Ismael, pelo incentivo e apoio sempre que necessários.

A uma pessoa muito especial, Ricardo, pelas palavras de ânimo e conforto, por transmitir calma e paciência nos meus momentos de agitação e pelo companheirismo que me ampara nas dificuldades.

À minha “eterna professora de piano” Maria Geisa de Freitas pelos ensinamentos, apoio, estímulo e suporte.

Às “meninas” do Pronto Socorro Infantil, Samaritana, Nalva, Vanessa e Rosângela, minhas queridas amigas, pelas risadas, pelo incentivo, conselhos e pelo trabalho em equipe.

À minha orientadora professora Dr^a. Sybelle, por não apenas me orientar pedagogicamente, mas por me enxergar além da figura de orientanda, compreendendo minhas limitações, exaltando minhas conquistas e torcendo pelas minhas vitórias. Meu imenso agradecimento.

À professora Dr^a. Lúcia Marina Scatena, pela imprescindível contribuição com este trabalho, pela constante disposição em atender meus pedidos de auxílio e pelas palavras de incentivo.

À professora Dr^a. Tereza Cristina Scatena Villa, pela humildade em compartilhar seu conhecimento e acolher as minhas dúvidas.

Ao professor Dr. Vanderley José Haas, pelas orientações e ajuda.

Aos pesquisadores do GEOTB, pelo conhecimento compartilhado e oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

À professora Dr^a. Aline Aparecida Monroe por disponibilizar tempo para avaliar esta pesquisa e contribuições para aprimorá-la.

À professora Dr^a. Helena Hemiko Iwamoto, pelo carinho e estímulo para alçar mais esse vôo.

Aos professores Dr. Altacílio Aparecido Nunes e Dr. Shamyry Sulyvan de Castro pelas valiosas contribuições na qualificação.

Aos colegas e amigos do Mestrado, pelas experiências e aprendizado compartilhados. Em especial, às minhas amigas Janaína e Thaís, por me ouvirem quando precisei e me acolherem sempre.

À Larissa Roseiro, pelo auxílio na coleta de dados.

À enfermeira Patrícia Borges Dias Alexandre, pela colaboração e esclarecimentos.

Aos profissionais que doaram um pouco do seu tempo para participarem deste estudo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Melhor é serem dois do que um, porque têm melhor paga do seu trabalho. Porque se um cair, o outro levanta o seu companheiro; mas ai do que estiver só; pois, caindo, não haverá outro que o levante (...). E, se alguém prevalecer contra um, os dois lhe resistirão; e o cordão de três dobras não se quebra tão depressa”.

(ECLESIASTES, 4: 9-12)

RESUMO

SOUZA, Rebeca Ainoã de. **Avaliação da integração das ações e serviços na assistência ao portador de Tuberculose em Uberaba/MG**. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Esta pesquisa objetivou avaliar a integração das ações e serviços na assistência ao portador de Tuberculose (TB) em Uberaba/MG e identificar, dentro das dimensões estudadas, as ações e serviços com maior e menor integração. Pesquisa observacional, seccional, com abordagem quantitativa realizada em Uberaba/MG. Coletaram-se os dados no período de Abril a Junho de 2014 através da aplicação de um questionário estruturado e readaptado para o âmbito da TB. Participaram da pesquisa 101 profissionais das unidades de saúde (USs) da atenção primária, de uma unidade regional de saúde e do ambulatório de referência do município. Os dados foram analisados por técnicas descritivas, análise de variância e teste de Tukey. A atenção à TB foi avaliada nas dimensões: Organização da atenção à TB; Articulação com a comunidade; Autocuidado apoiado; Suporte à decisão; Desenho do sistema de prestação de Serviços; Sistemas de informação clínica e Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB. Cada dimensão possuía 4 ou 6 componentes que foram pontuados de 0 a 11. Cada componente e as dimensões como um todo foram classificados em capacidades limitada, básica, razoável ou ótima para atenção à TB, segundo a definição: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq \text{média} < 6$ = capacidade básica; $6 \leq \text{média} < 9$ = razoável capacidade e $\text{média} \geq 9$ = capacidade ótima. Por fim, procedeu-se à classificação geral do município pela média aritmética das dimensões avaliadas. Nenhuma dimensão foi classificada com ótima capacidade. Apenas a dimensão Desenho do sistema de prestação de serviços foi classificada com razoável capacidade, enquanto as demais obtiveram classificação com capacidade básica. A dimensão Articulação com a comunidade respondeu pelo pior desempenho avaliado. Como potencialidades da atenção à TB identificaram-se a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em todas as USs, a presença da articulação do Agente Comunitário com a equipe de saúde e a Comunidade e o fornecimento de informações e recomendações sobre TB para todos os usuários das USs abordadas. Em contrapartida, a ausência de benefícios e incentivos ao portador de TB, o pouco interesse dos gerentes das USs em relação ao controle da doença, a escassez de estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) como local preferencial do tratamento da TB, a inexistência de parcerias entre os serviços de saúde e os recursos comunitários (Organizações Não-Governamentais, Pastorais, Igrejas, Centros Comunitários, dentre outros.) para o manejo do agravo, a não atuação dos Conselhos Locais de Saúde nas decisões referentes à TB, a capacitação deficiente dos profissionais das equipes de saúde, a incompletude dos Registros e ausência de um sistema de registro informatizado, representaram alguns dos pontos críticos observados na assistência ao portador de TB no município que prejudicam a continuidade do cuidado por meio da fragmentação deste e comprometem a resolutividade das ações e serviços prestados. Os serviços de saúde devem, através de estratégias que fortaleçam a AB como centro ordenador do cuidado e promovam a dissolução das fragilidades identificadas, formar uma rede integrada de ações e serviços para o acolhimento e resolução das demandas apresentadas pelos portadores de TB e seus familiares, provendo tais indivíduos de uma assistência contínua, integral e resolutiva.

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

ABSTRACT

SOUZA, Rebeca Ainoã de. **Assessment of integration of actions and services in Tuberculosis patient assistance in Uberaba/MG**. 2014. 117f. Thesis (Master's degree in Healthcare) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

This researched aimed to assess the integration of actions and services in Tuberculosis (TB) patient assistance in Uberaba/MG and identify, within the analyzed scope, actions and services with biggest and smallest integration. In order to do that, an observational and sectional research with a quantitative approach was carried out in Uberaba/MG. Data collecting took place from April to June 2014 via a structured questionnaire adapted to the TB scenario. The survey was made with 101 professionals from primary healthcare units (USs), from a regional health unit and from the city reference clinic. Data were analyzed by descriptive techniques, analysis of variance and Tukey test. The following dimensions of care to TB were evaluated: organization of TB care; interaction with the community; support to self care; support to decision; service system design; clinical information system and integration of the components of the model of care to TB carriers. Each dimension consisted of 4 or 6 components. Each component and dimensions as a whole were classified as limited, elementary, reasonable and excellent capacity of care to TB according to these standards: average < 3 = limited capacity; $3 \leq$ average < 6 = elementary capacity; $6 \leq$ average < 9 = reasonable capacity and average ≥ 9 = excellent capacity. Finally, the city was ranked according to the arithmetic mean of the assessed dimensions. None of the dimensions was ranked excellent capacity. The service system design dimension was the only one ranked reasonable capacity whereas the others were ranked elementary. Interaction with the community had the worst performance. As potentials to TB healthcare, it was possible to identify directly observed treatment (TDO) done in all USs, the presence of community workers joining the health team and the community, and the information recommendation offer about TB to everybody who uses the researched USs. On the other hand, the absence of benefits and incentives to TB patients, the small interest USs managers have towards controlling the disease, few strategies to strengthen basic healthcare (AB) as preferential place for TB treatment, the lack of partnerships between healthcare service and community resources (NGOs, churches, community centers, among others.) to handle severity, the absence of action from local health councils in decisions regarding TB, poor training of professionals in health teams, incomplete registries and lack of a computerized registry system are some of the critical points found in the assistance to the TB patient in the city and they undermine care continuity due to its fragmentation and compromise the resolution of actions and services. Health service ought to, by employing strategies which strengthen AB as a care center and promote the dissolution of the identified fragilities, stablish a network of actions and services for facing and meeting the demands presented by TB carriers and their families, giving them continuous and full assistance.

Keywords: Tuberculosis. Primary Healthcare. Health Services Assessment.

RESUMEN

SOUZA, Rebeca Ainoã de. **Evaluación de las actividades y servicios de integración para ayudar al portador de la Tuberculosis en Uberaba/MG**. 2014. 117f. Disertación (Maestría en Atención a La Salud) - Universidad Federal de Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la integración de las actividades y servicios de atención a los pacientes con tuberculosis (TB) en Uberaba/MG e identificar, dentro de las dimensiones estudiadas, acciones y servicios con integración mayor y menor. La investigación fue observacional, seccional, con enfoque cuantitativo, y fue realizada en Uberaba/MG. Fueron recogidos datos correspondientes al período entre abril y junio de 2014, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado y readaptado a lo que respecta la tuberculosis. 101 profesionales de unidades de salud (USs) de atención primaria, de una unidad regional de salud, y del principal ambulatorio del municipio participaron de la investigación. Los datos se analizaron por técnicas descriptivas, análisis de varianza y prueba de Tukey. La atención dada a la tuberculosis se evaluó en las dimensiones: Organización de la Atención a la Tuberculosis; Articulación con la Comunidad; Apoyo al Autocuidado; Apoyo a la Decisión; Diseño del Sistema de Prestación de Servicios; Sistemas de Información Clínica y Integración de los Componentes del Modelo de Atención a las personas con TB. Cada dimensión tenía 4 o 6 componentes. Cada componente y las dimensiones en su conjunto fueron clasificados como limitado, básico, razonable o óptimo para capacidades de atención a la tuberculosis, de acuerdo con la definición: promedio < 3 = capacidad limitada; $3 \leq$ promedio < 6 = capacidad básica; $6 \leq$ promedio < 9 = capacidad razonable y promedio ≥ 9 = capacidad óptima. Al fin, fue realizada la calificación general del municipio mediante el promedio aritmético de las dimensiones evaluadas. Ninguna de las dimensiones fue clasificada como óptima. La única dimensión clasificada con capacidad razonable fue la de Diseño del Sistema de Prestación de Servicios, mientras las demás dimensiones fueron clasificadas con capacidad básica. El peor desempeño evaluado ocurrió en la dimensión "Articulación con la Comunidad". Como características de la atención a la tuberculosis con potencial para mejoras se identificaron la realización de Tratamiento Directamente Observado (TDO) en todas las USs, la presencia y articulación Del Agente Comunitario con el equipo de salud y con la Comunidad, y el fornecimiento de informaciones y recomendaciones sobre la tuberculosis para todos los usuarios de las USs. A parte de eso, la ausencia de incentivos y beneficios para los pacientes con tuberculosis, el bajo interés de los directivos de las USs en relación con el control de la enfermedad, la falta de estrategias para el fortalecimiento de la Atención Primaria (AP) como el sitio preferido de tratamiento de la tuberculosis, la falta de alianzas entre los servicios de salud y los recursos de la comunidad (Organizaciones no Gubernamentales, Pastorales, Iglesias, Centros Comunitarios, entre otros) para el manejo de la enfermedad, la falta de actuación de los Consejos Locales de Salud en las decisiones relativas a la tuberculosis, la formación profesional deficiente de los equipos de salud, el carácter incompleto de los registros y la ausencia de un registro informatizado, fueron algunas de las dificultades críticas que observamos en la asistencia a las personas con TB en el municipio que perjudican la continuidad de la atención a través de la fragmentación y comprometen la capacidad de resolución de las acciones y servicios prestados. Los servicios de salud deberían, a través de estrategias que fortalezcan la AP como un centro de ordenación de la atención y promueven la disolución de los puntos débiles identificados, formar una red integrada de programas y servicios para la acogida de los pacientes con tuberculosis y sus familias y la resolución de sus demandas, proporcionando a esos individuos una asistencia continua, integral y eficaz.

Palabras clave: Tuberculosis. Salud de Atención Primaria. Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Intervalos de confiança dos itens do questionário utilizados para avaliar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de TB, Uberaba, MG.....62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tempo de atuação dos profissionais de saúde na Unidade de Saúde, Uberaba-MG, 2014.....	49
Tabela 2 - Descrição da Dimensão Organização da Atenção à Tuberculose por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	50
Tabela 3 – Descrição da Dimensão Articulação com a Comunidade por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	52
Tabela 4 - Descrição da Dimensão Autocuidado Apoiado por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	54
Tabela 5 - Descrição da Dimensão Suporte à Decisão por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	55
Tabela 6 – Descrição da Dimensão Desho do sistema de prestação de serviços por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	57
Tabela 7 - Descrição da Dimensão Sistemas de Informações Clínicas por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.....	59
Tabela 8 - Descrição da Dimensão Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba – MG, 2014.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

APS – Atenção Primária à Saúde

AR – Ambulatório de Referência Eurico Vilela

CAMS – Comunicação e Saúde, Advocacia e Mobilização Social

CLS – Conselho Local de Saúde

CS – Conselhos de Saúde

DOTS – *Directly Observed Treatment Short Course*

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEOTB – Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PNCT – Plano Nacional de Controle da Tuberculose

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASs – Redes de Atenção à saúde

REDE-TB – Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose

RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde

SISLAB - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TB-MDR – Tuberculose Multidrogarresistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UMS – Unidades Matriciais de Saúde

URS – Unidades Regionais de Saúde

US – Unidade de Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

USs – Unidades de Saúde

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE E METAS PARA O CONTROLE DA DOENÇA.....	23
3.2 ESTRATÉGIAS E METAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	25
3.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE	31
3.5 A FUNÇÃO DOS NÍVEIS SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO NO TRATAMENTO E CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	37
4 OBJETIVOS	40
4.1 OBJETIVO GERAL	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	41
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	41
5.2.1 Descrição da organização dos serviços da atenção primária em Uberaba/MG....	41
5.2.2 O Programa de Controle da Tuberculose em Uberaba/MG.....	42
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	43
5.3.1 Critérios de inclusão.....	44
5.3.2 Critérios de exclusão	44
5.4 COLETA DE DADOS.....	44
5.4.1 Instrumento de coleta de dados	45
5.4.2 Procedimentos de coleta de dados.....	46
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
6 RESULTADOS	49
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	49
6.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	49
6.3 CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES AVALIADAS.....	50

6.3.1 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Organização da Atenção à Tuberculose	50
6.3.2 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Articulação com a Comunidade	50
6.3.3 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Autocuidado apoiado	53
6.3.4 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Suporte à Decisão	54
6.3.5 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Desenho do sistema de prestação de serviços	55
6.3.6 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Sistemas de Informação Clínica	58
6.3.7 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB	60
6.4 CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO GERAL DO MUNICÍPIO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE	61
7 DISCUSSÃO	62
8 CONCLUSÃO	88
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	107
ANEXO A – QUESTIONARIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	108

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte do projeto multicêntrico intitulado “Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil: Edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose (GEOTB) que tem como principal objetivo fomentar a produção de conhecimento interdisciplinar relacionado a novas tecnologias de trabalho proativo que envolvam diversos atores sociais como o usuário, profissionais e trabalhadores de saúde, gestores e membros da sociedade civil organizada, inseridos em específicos contextos sócio, político, econômico e cultural no sistema de serviços de saúde para o controle da tuberculose, através de abordagens quanti e qualitativas.

O projeto multicêntrico está sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Tereza Cristina Scatena Villa e conta com a participação de pesquisadores de entidades governamentais, Instituições de Ensino Superior Estaduais e Federais, estudantes de doutorado, mestrado, graduação e Centros de Pesquisa e Agências de Cooperação Internacional, compondo o GEOTB. A nível local, o presente estudo foi desenvolvido no cenário dos serviços de saúde do município de Uberaba, MG, sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Sybelle de Souza Castro e Prof.^a Dr.^a Lúcia Marina Scatena, com o apoio e colaboração da Secretaria Municipal de Saúde do município.

1 INTRODUÇÃO

O atual perfil epidemiológico brasileiro é caracterizado por uma tripla carga de doenças que envolve a persistência de doenças parasitárias e infecciosas, a desnutrição característica de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco (BRASIL, 2010a, MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Até 2020, as doenças crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e

nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2012; ARAÚJO, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012).

As condições crônicas vão muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, etc.), pois também envolvem as doenças infecciosas persistentes tais como a hanseníase, a Tuberculose (TB), a *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) e as hepatites virais (MENDES, 2012; ARAÚJO, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012).

A TB dentre as doenças infecciosas persistentes, é um grande problema de Saúde Pública Mundial, que vem se agravando mesmo nos países onde já se encontrava sob controle, devido a vários fatores como mudança na faixa etária acometida, empobrecimento de grande parcela da população, os crescentes fluxos migratórios, a epidemia da AIDS e a falência do sistema público, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012). Em 2013, estimou-se que 9 milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,5 milhões foram a óbito pela doença, incluindo 360.000 HIV-positivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). No mesmo ano, o Brasil manteve a 16ª posição entre os 22 países de alta carga (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A partir de 1993, devido ao aumento do número de casos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou a TB uma emergência mundial e recomendou a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) como resposta global para o controle da doença, cujas principais metas são atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos (RUFFINO-NETO; VILLA, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO), elemento-chave da estratégia DOTS, foi adotado pelo Ministério da Saúde (MS) e constitui uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudanças no esquema terapêutico: o profissional treinado passa a observar a tomada da medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; BRASIL, 2011c).

Apesar desta redução nos casos de abandono devido ao TDO, há ainda taxas altas de abandono, cujas causas são, dentre outras, a longa duração do tratamento, as dificuldades de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, a baixa resolutividade destes e a fragilidade da relação entre os profissionais de saúde os pacientes e seus familiares (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; ARAKAWA et al., 2011).

Estes problemas enfrentados advêm, majoritariamente, da incapacidade dos serviços de saúde em lidar com as condições crônicas, pois foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas, voltados para as urgências e emergências e para a cura das doenças através de serviços de saúde fragmentados (MENDES, 2011; SILVA, 2011; ARAÚJO, 2012).

Com vistas à superação desta fragmentação surge a necessidade da construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito municipal, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas (LAVRAS, 2011; SILVA, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

A proposta das Redes de Atenção à Saúde (RASs) visa a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, surgindo como resposta à fragmentação dos serviços de saúde e objetivando a integração das ações e serviços dispensados no sistema de saúde (SILVA, 2011). Ademais, uma rede integrada de serviços que promova a atenção integral e contínua ao portador de TB e fortaleça a estratégia DOTS é condição primordial para o alcance das metas referente à TB.

O verbo integrar origina do latim “*integer*” (inteiro) e o seu significado sugere uma ação ou movimento onde diferentes partes se fundem num todo. A integração é um processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre os parceiros (e organizações) independentes com o propósito de coordenar a sua interdependência no sentido de permitir o funcionamento conjunto no âmbito de um projeto coletivo (PORTUGAL, 2010).

Para Leutz (1999) integração, no âmbito da saúde, é definida como a busca para conectar o sistema de saúde (cuidados primários, intermediários e qualificados) com outros sistemas de serviços humanos (ex.: cuidados de longa duração, educação e serviços profissionais) a fim de melhorar os resultados clínicos, a satisfação e a eficiência. Ademais, os meios de integração incluem o planejamento conjunto, treinamento, tomada de decisão, instrumentalização, sistemas de informações, compras, triagem e encaminhamento, planejamento de cuidados, benefícios de cobertura, prestação de serviços, acompanhamento e *feedback* de informações.

Na visão de Gröne e Garcia-Barbero (2001) integração de cuidados de saúde significa a reunião de insumos, de entrega, de gestão e organização dos serviços como meio de melhoria do acesso, da qualidade, da satisfação do usuário e da eficiência dos serviços.

Segundo Silva (2011), a integração da saúde da assistência à saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

Em um sistema de saúde fragmentado pacientes são frequentemente transferidos para outros departamentos ou instituições sem informações completas sobre as suas condições de saúde, história médica, serviços prestados em outros locais ou medicamentos prescritos por outros médicos. Isto gera, além de riscos, tempos de espera e atrasos para o paciente e a duplicação de exames e consultas, resultando em custos adicionais para o sistema de saúde

(GRÕNE; GARCIA-BARBERO, 2001). Portanto, urge a implantação de um sistema efetivo de referência e contra-referência, que atuaria como facilitador da gestão dos casos de TB nos serviços de saúde.

Uma rede integrada de serviços permite que distintas intervenções do cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica, de acordo com as suas necessidades de atenção em saúde e compatível com as suas expectativas pessoais. Percebe-se, portanto, que a integralidade do cuidado demanda a integração entre os níveis que compõe as RASs (ALMEIDA et al., 2010; ARCE; SOUSA, 2013).

A articulação desses níveis, seguindo o conceito das RASs, não deve ser na forma piramidal. Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência. Esta condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas (SILVA, 2011; MENDES, 2011).

Armitage et al. (2009) pontuam que abordar o paciente como foco da assistência, oferecer serviços adequados às necessidades do paciente através de um cuidado integral e continuado, dispor de uma liderança forte, realizar a prestação de contas através de medição de desempenho, promover o compartilhamento de informações em todo o sistema e manter o foco na atenção primária e nas equipes de saúde é uma combinação de fatores que facilitam a integração bem-sucedida.

Para potencializar a integração entre os níveis assistenciais, deve-se investir nas tecnologias de informação e tecnologias médicas, treinamento profissional, formas de pagamento/gratificação que estimulem o profissional de saúde no desempenho de um cuidado integrado, sistemas bem organizados de referência e contra-referência, revisões nos padrões de alocação de recursos ambulatoriais, protocolos que possam apoiar o alinhamento dos serviços e ajustar os procedimentos diagnósticos, os planos de tratamento e as medicações utilizadas pelas instituições envolvidas na prestação de serviços para o paciente (GRÕNE, GARCIA-BARBERO, 2001; ALMEIDA et al., 2010).

A implementação de uma rede integrada de serviços deve ser alvo de um processo de monitorização e acompanhamento que permita aos gestores e políticos responsáveis conhecer a todo o momento quais os níveis de utilização de recursos, identificar rapidamente os obstáculos operacionais e implementar estratégias adequadas para assegurar o processo de integração (HÉRBERT; VEIL, 2004).

Em se tratando da integração da assistência ao portador de TB, a estratégia DOTS é essencial no combate à fragmentação do cuidado e na promoção da continuidade do mesmo. Contudo, apesar de ter reduzido as taxas de abandono do tratamento da TB, não alcançou plenamente as metas previstas após sua implantação (ARAKAWA et al., 2011; UBERABA, 2014), o que justifica a relevância desse estudo para a identificação dos nós críticos na atenção ao portador de TB. Somado a isso, a avaliação da rede assistencial da TB nas seguintes perspectivas: Organização da atenção à TB; Articulação com a comunidade; Autocuidado apoiado; Suporte à decisão; Desenho do sistema de prestação dos serviços; Sistemas de Informação Clínica e Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, permitirá o conhecimento do nível de integração das ações e serviços na assistência ao portador de TB, das potencialidades do processo de integração e das dimensões nas quais este processo é crítico o que servirá de subsídio para os serviços, sejam sociais ou de saúde no estabelecimento de prioridades de atuação estratégicas e operacionais e no (re)planejamento de políticas municipais e programas voltados ao atendimento desta população.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE E METAS PARA O CONTROLE DA DOENÇA

Em Minas Gerais, no período de 2002 a 2009, a taxa média de incidência da TB foi de 22,3 casos por 100 mil habitantes, o que coloca Minas Gerais em 24º lugar na classificação entre os estados brasileiros, inclusive já alcançando o índice preconizado como meta de desenvolvimento do milênio, de uma incidência de 25,6 casos por 100.000 habitantes até 2015 (BRASIL, 2010b; AUGUSTO et al., 2013).

Dos casos notificados em Minas Gerais no período de 2002 a 2009, em relação ao tipo de entrada, 39.581 eram casos novos (83,%), 2.686 eram casos de recidiva (5,7%), 2.697 eram casos de reingresso após abandono (5,7%) e 1.980 eram casos de transferência (4,2%), e não havia informações sobre 341 casos (0,7%). O TDO foi declarado em 10.317 casos (21,8%). Em relação à situação de encerramento pelo SINAN, a cura ocorreu em 34.611 casos (73,1%), seguida por abandono do tratamento, em 5.311 casos (11,2%); transferência, em 2.558 (5,4%); mudança de diagnóstico, em 1.334 (2,8%); TB MDR, em 79 (0,2%); e sem informação/ignorado, em 2.715 (5,7%). O número de óbitos por TB, no período supracitado, com base nos dados do SIM, foi de 2.488, sendo o coeficiente de mortalidade de 12,9% (2.488/19.220.578) (AUGUSTO et al., 2013).

Quanto à taxa de abandono do tratamento, a OMS estabelece como aceitável uma taxa de até 5%. No Brasil, em 2007, esta taxa situava-se em torno de 14 a 17%, sendo Belo Horizonte a terceira capital no Brasil em maior número de abandono, registrando-se uma taxa de 21% (BRASIL, 2005; FERRACIO; CRUZ; BIAGOLINI, 2007; LOPES, 2010). Em 2012, o país apresentou taxa de abandono de 10,7% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Em 2010 foram detectados 88% dos casos estimados pela OMS para o ano, porém, o alcance do percentual recomendado pela OMS para o indicador de cura ainda é um desafio para o país. De 2001 a 2004, o Brasil apresentou aumento gradual do indicador de cura, mas, a partir de 2005, ele se manteve constante (73,5% em 2009 e 70,3% em 2010), sendo que a região Sudeste apresentou o maior valor (73,8%) em 2010 (BRASIL, 2010b, 2011b, 2012b). Em 2012, o Brasil figurou entre os 06 países com as mais baixas taxas de cura, registrando 72,0% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A taxa de incidência no Brasil, em 2001, foi de 42,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. Em 2010, notificaram-se 71.000 casos novos no país, 37,2 por 100.000 habitantes e, em 2011, a taxa de incidência caiu para 36,0 por 100.000 habitantes. Nesse período, a região Sudeste respondeu pelo maior número de casos de TB, porém, a região Norte apresentou as maiores taxas de incidência em todos os anos analisados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; BRASIL, 2011b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012; BRASIL, 2012b). Em 2013, o Brasil apresentou incidência de 46 casos para cada 100.000 habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A taxa de mortalidade no Brasil, em 2001, foi de 3,1 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes e foi reduzida para 2,4 em 2010, uma queda de 22,6% na última década. A região Sudeste concentrou o maior número de óbitos por TB, entretanto, a região Nordeste apresentou as maiores taxas de mortalidade em todos os anos analisados. O Brasil ainda permanece com o desafio de alcançar a meta de redução da incidência da TB. Porém, em 2010, segundo dados divulgados pela OMS, o país alcançou a meta proposta pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a taxa de mortalidade por TB (BRASIL, 2012b). No ano de 2013, a taxa de mortalidade no Brasil foi de 2,2 para cada 100.000 habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em todo o mundo, a incidência de TB decresceu a uma taxa média de aproximadamente 1,5% ao ano entre 2000 e 2013. Globalmente, a taxa de mortalidade da TB foi reduzida em 45% entre 1990 e 2013, enquanto a taxa de prevalência caiu 41% no mesmo período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). A meta de reduzir a mortalidade em 50% ainda não foi atingida e espera-se que seja alcançada até 2015. Para tanto, é preciso haver uma aceleração nos progressos obtidos. Até 2013, duas das regiões, a região das Américas e a região Ocidental do Pacífico e sete, dos 22 países responsáveis por 80% da carga mundial de TB, atingiram as metas de 2015 de redução da incidência, prevalência e mortalidade da TB, o que foi mantido em 2014 (BRASIL, 2012b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A maioria dos casos em todo o mundo, em 2012, foi no sudeste asiático (29%), África (27%) e regiões do Pacífico ocidental (19%). Índia e China representaram, respectivamente, 26% e 12% do total de casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Em 2013, a maioria dos casos continuou ocorrendo nas regiões da Ásia e África (85%), enquanto a região das Américas foi responsável por apenas 3% dos casos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e da Europa e 11, dos 22 países priorizados pela OMS, não estão dentro do alcance das estimativas para atingir as metas de 2015. As razões que impedem o alcance destas metas incluem restrição de recursos, conflitos e instabilidades e epidemia generalizada do HIV (BRASIL, 2012b, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Percebe-se, portanto, a necessidade de um maior avanço na implementação das estratégias de controle da TB no Brasil e no mundo com vistas à maior redução do número de mortes pela doença, pois estas são inaceitáveis já que, em sua maioria, são passíveis de prevenção.

3.2 ESTRATÉGIAS E METAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

Com a eleição da TB, em 1993, como um como um problema prioritário de saúde pública a ser combatido, a OMS propôs a estratégia DOTS, que consistia na administração direta do medicamento para tratamento da TB por uma segunda pessoa, que observava e registrava a ingestão de cada dose da medicação (RUFFINO-NETO; VILLA, 2006). O MS tem buscado atuar sobre os pilares do DOTS, com vistas ao controle da TB no país. A estratégia DOTS é definida como uma das prioridades para o controle da TB e constitui-se de cinco pilares: diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento e compromisso do governo, colocando a TB como prioridade nas políticas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em 1994, o Brasil iniciou um plano emergencial de controle da doença, o qual tinha como foco central a ampliação da atenção à TB, a partir da definição de 230 municípios prioritários para a execução das ações de controle da doença, a qual era baseada em dados epidemiológicos relacionados da doença e do HIV, o tamanho da população e a organização dos serviços na atenção à TB. As metas do Plano buscavam diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos e curar, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados (RUFFINO-NETTO; SOUZA, 1999; HIJJAR et al., 2007).

Em 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária lançou o Plano Emergencial para o Controle da TB, cujo principal objetivo era aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em 230 municípios considerados de alta carga

da enfermidade, municípios esses que registravam 75% dos casos estimados para o Brasil (BRASIL, 2011a).

Em 1998, o MS implantou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), observando as diretrizes do plano emergencial, acopladas à metodologia de construção de Centros de Excelência. O PNCT, com vistas à redução da taxa de abandono, incorporou a recomendação da OMS, adotando a estratégia DOTS (BRASIL, 2005, HIJJAR et al., 2007). E tornou-se uma prioridade política governamental, sendo incorporado ao Departamento de Atenção Básica em 2000, expandindo assim suas ações para todos os municípios brasileiros e estabelecendo a APS como o local principal para a execução das mesmas, além da incorporação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) como instrumentos para controle da TB, com vistas a aumentar as ações de busca de Sintomáticos Respiratórios e promover o vínculo entre profissionais e usuários como meio para adesão terapêutica (HIJJAR et al., 2007; RUFFINO-NETO; VILLA, 2006; HARTEK, 2012).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito ODM, que no Brasil são chamados de Oito Jeitos de Mudar o Mundo. A TB está contemplada no 6º objetivo intitulado: combater a AIDS, a malária e outras doenças (BRASIL, 2012b).

Ainda no ano 2000, o MS lançou o “Plano Nacional de Mobilização para eliminação da Hanseníase e Controle da TB em Municípios Prioritários por meio da Atenção Básica (AB)” e em 2001, o “Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, no período de 2001-2005”. As metas destes planos eram: implementar ações de controle da TB e Hanseníase em 100% dos municípios prioritários e reafirmar as metas do plano emergencial (HIJJAR et al., 2007).

O atual plano de ação do PNCT foi aprovado em 2004, fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da TB. Para a implantação da estratégia DOTS em todo o território nacional o plano utiliza como base os recursos humanos das Unidades de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS, todos integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

Em 2006, a OMS recomendou globalmente a estratégia STOP-TB. Esta estratégia apresentava seis componentes, sendo que a estratégia DOTS continuou sendo central, são eles: buscar a expansão e o aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS; tratar a coinfeção TB/HIV (Vírus da imunodeficiência humana), controlar a resistência simultânea à rifampicina e isoniazida (TB-MDR); contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde;

envolver todos os provedores da saúde; empoderar portadores de TB e comunidades e capacitar e promover a pesquisa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A TB, também no ano de 2006, apareceu ainda entre as seis prioridades pactuadas no Pacto pela Vida, que definiu como meta o alcance de pelo menos 85% de cura de casos novos de TB bacilífera diagnosticados a cada ano (BRASIL, 2006c). Neste sentido, a estratégia DOTS reafirma-se como um aliado imprescindível na busca pelo controle efetivo da TB através, principalmente, da diminuição do abandono do tratamento da doença.

O abandono do tratamento caracteriza-se pelo não comparecimento do indivíduo em tratamento à unidade de saúde (US) por mais de 30 dias consecutivos, após a data apazada para retorno. O abandono põe em risco a saúde pública, pois pode prolongar a infecciosidade e aumentar a probabilidade de transmissão da doença, além de contribuir para o aumento de casos de bacilos multirresistentes (BRASIL, 2011b).

A alta taxa de abandono do tratamento é relacionada a diversos fatores, tais como: o baixo nível socioeconômico, o analfabetismo e a baixa escolaridade, o não comprometimento dos pacientes, o pouco comprometimento dos profissionais de saúde, a ausência de equipe multidisciplinar no atendimento ao portador de TB, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a ausência de apoio familiar, o uso de drogas, a falta de humanização do atendimento no serviço de saúde, as co-morbidades associadas à TB, o alcoolismo, a capacitação deficiente dos profissionais de saúde e a falta de integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012; FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2012).

A implantação do TDO, como comprovado em vários estudos, melhorou a adesão ao tratamento da TB, o que resultou em maior taxa de cura e menor taxa de abandono do tratamento. Alguns pontos positivos do tratamento supervisionado que corroboram com esses achados são: a cura, a certeza da tomada dos medicamentos; momento de troca de experiências/informações; o bom relacionamento profissional-paciente; o fortalecimento do vínculo; a proximidade do profissional, o que possibilita saber sobre a história do paciente, a evolução de seu quadro, compartilhar com ele a cura e incentivá-lo; a flexibilidade de horário e os incentivos ao tratamento tais como cesta básica, vale transporte e lanches (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; QUEIROZ et. al, 2012).

Brasil (2011b) define que o TDO deverá ser realizado para todo caso de tuberculose (novo ou retratamento) e que a escolha da modalidade de TDO a ser adotada deve ser uma decisão conjunta entre a equipe de saúde e o paciente, considerando a realidade e a estrutura de atenção à saúde existente. Além disto, é desejável que a tomada observada seja diária, de

segunda a sexta-feira. Entretanto, em casos excepcionais, pode ser realizada no mínimo três vezes por semana, devendo-se realizar orientações e explicações exaustivas ao portador de TB em tratamento sobre a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado (BRASIL, 2011b, 2011c).

As modalidades de supervisão a serem consideradas no TDO são: domiciliar (observação realizada na residência do paciente ou em local por ele solicitado); na US (observação em unidades de ESF, UBS, serviço de atendimento de HIV/AIDS ou hospitais); prisional (observação no sistema prisional); e compartilhada (quando o doente recebe a consulta médica em uma US, e faz o TDO em outra mais próxima em relação ao seu domicílio ou trabalho) (BRASIL, 2011b).

Como limitantes ao fortalecimento e efetividade do TDO, em diversos cenários de estudos, foram pontuados: dificuldades na supervisão da tomada do medicamento, problemas na conciliação do DOTS com o trabalho do portador de TB, grande quantidade de medicamentos a serem ingeridos e reações adversas, mau relacionamento profissional-paciente, problemas gerenciais e de organização dos serviços (referência e contra-referência, atraso dos incentivos e do resultado de exames), recursos humanos insuficientes e profissional de saúde em condições de trabalho inadequadas e desestimulantes (baixos salários, processos de trabalho desgastante), o que influencia negativamente a adesão do usuário ao TDO (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; QUEIROZ et al., 2012).

O sucesso do TDO está associado à capacidade dos serviços de saúde de cumprir com a integralidade, princípio do SUS, que orienta o PNCT em sua dimensão sistêmica, requerendo atenção integral e contínua por meio de ações articuladas em rede e práticas de saúde qualificadas por profissionais de equipes multidisciplinares, considerando o paciente em uma abordagem humanista (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012). Neste contexto, o processo de trabalho adequado e a valorização profissional são fatores imprescindíveis para o desempenho efetivo das estratégias de controle da TB.

O Plano Global para o Combate da Tuberculose 2011-2015 (*The Global Plan to Stop Tuberculosis 2011-2015*) proposto pela OMS tem como objetivo reduzir drasticamente a carga da doença até 2015, de acordo com o que foi pactuado nos ODM. O plano está dividido em seis componentes: expandir a estratégia DOTS com qualidade; combater a coinfeção TB/HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), a Tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR) e as necessidades de pobres e vulneráveis; fortalecer o sistema de saúde baseado na atenção primária; empoderar as pessoas com TB e a sociedade civil organizada; envolver todos os prestadores de serviços de saúde; e possibilitar e promover pesquisas. O Plano ainda

apresenta, como principais metas: reduzir, pela metade, a incidência e a mortalidade por TB até 2015, comparados aos valores de 1990, e eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (BRASIL, 2012b ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O final de 2015 marcará uma transição dos ODM para um quadro de desenvolvimento pós-2015. Dentro deste contexto, os estados membros aprovaram, na Assembléia Mundial da Saúde em Maio de 2014, uma estratégia global pós-2015 (a última estratégia para TB). O objetivo geral da estratégia é acabar com a epidemia global de TB, com alvos de redução de 95% em mortes e de 90% na incidência da TB até 2035 (ambos em comparação com 2015). Também está incluída na estratégia uma meta de zero custos catastróficos para famílias afetadas até 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Para Barros, Bastos e Dâmaso (2011), gasto catastrófico representa um gasto em saúde igual ou superior a 40% da capacidade de pagar e além de 10% e 20% do consumo domiciliar total, não havendo consenso sobre a proporção limite de despesas familiares a ser considerada.

3.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros. As ações e serviços de saúde encontram-se fragmentados, não respondendo às necessidades da população (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011; TANAKA, 2011; SILVA, 2011). Para atender a estas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade do cuidado e integralidade da atenção. A atual proposta para a organização dos serviços de saúde no país são as RASs (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011; SILVA, 2011; LAVRAS, 2011).

As RASs tomam forma nos Estados Unidos, na metade dos anos 90, tendo suas origens no Reino Unido na década de 20 através do Relatório Dawson, elaborado pelo MS. No intuito de superar a fragmentação do sistema de saúde, as RASs baseiam-se no conceito de integração que inclui a noção de continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, gestão de patologia, comunicação fluida entre os prestadores de serviços e eliminação de duplicação de procedimentos (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011, 2012).

Esse conceito de RASs norteia a relação entre os níveis de atenção da rede assistencial. Devendo esta relação se dar de maneira longitudinal, usuário-centrado, no qual

devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades (SILVA, 2011; MENDES, 2011, 2012).

Segundo Tanaka (2011), dentro da proposta de construção das redes, cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Ademais, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores como assistência social, justiça, educação, cultura e trabalho, entre outras para que a os problemas de saúde sejam resolvidos em toda sua complexidade.

Para Mendes (2011), RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que possuem uma missão única, objetivos comuns e vinculam-se por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

Lavras (2011) entende as RASs como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir o cuidado integral.

Percebe-se, portanto, que, nestas redes, o cuidado se dá de forma horizontal, não há hierarquia entre os serviços, pois cada serviço tem seu papel específico não havendo gradação de importância entre eles (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011; TANAKA, 2011).

A modelagem de redes regionais de atenção à saúde (RRAS), no SUS, é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado (BRASIL, 2006a, 2010b).

As RRAS além de oferecerem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção reduzem os custos dos serviços ao imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (BRASIL, 2010a; SILVA, 2011).

Dentro das RRAS, a descentralização do controle da TB para a Atenção Primária tem sido recomendada e incentivada pelo PNCT, pois amplia o acesso dos doentes ao serviço de saúde. Além disso, proporciona maior adesão ao tratamento por meio do vínculo criado entre as equipes e a comunidade. A participação protagônica da atenção primária é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os

desafios da qualidade (BRASIL, 2011b; MENDES, 2011; CUNHA; CAVALCANTI; COSTA, 2010; SILVA, 2011).

3.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

A APS, estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde deve contribuir para o funcionamento das RASs através do cumprimento de algumas funções, a saber: ser base do sistema, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (BRASIL, 2012a).

A APS, designada nacionalmente de AB, surgiu como resposta à busca por um modelo de atenção centrado na integralidade e universalidade das ações, diretrizes oriundas do SUS, implementado no Brasil após o Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006a, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a, p. 1) define:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território”.

No Brasil, a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com todo o Sistema de Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, 2012a).

Segundo o MS, a maioria dos casos de TB exige ações de baixa complexidade, permitindo que o controle da tuberculose possa ser desenvolvido por todos os serviços de saúde, inclusive os da APS, que devem ser priorizados como o primeiro local de escolha para o tratamento e acompanhamento do portador de TB (BRASIL, BRASIL, 2011b, 2011c). A AB é a principal porta de entrada do SUS e deve, por meio da ESF ou das UBS, captar, atender e vincular os casos suspeitos de TB (BRASIL, 2011b). Ademais, as altas taxas de abandono e recidiva da TB, a dificuldade de tratamento e cura da doença e a sua concentração

nas camadas sociais mais pobres, entre os grupos descobertos de atenção e acompanhamento continuado à saúde exigem, para o enfrentamento e controle da doença, um modelo assistencial que seja permanentemente vinculado à comunidade, a qual seja assistida por uma equipe multiprofissional cujos objetivos de trabalho se estendam além das fronteiras das Unidades de Saúde (USs). Estas características estão em sintonia com a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada PSF, que busca horizontalizar o combate à TB estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

A ESF é um modelo de atenção apresentado pelo MS que foca não apenas no indivíduo doente, mas na família, modificando o processo de intervenção em saúde por não esperar a população procurar atendimento e agir preventivamente. A ESF visa à reorganização da atenção primária de acordo com os preceitos do SUS (universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade), mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 2012a; SILVA; CASOTTI, CHAVES, 2013).

A ESF corrobora para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Para uma maior integração do controle da TB com a atenção primária, a ESF inclui, no seu processo de trabalho, o PACS. Este programa, apesar de ter surgido no início dos anos 90, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. O programa representa uma importante estratégia para a reorganização inicial da AB com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da AB (BRASIL, 2001; RUFFINO NETTO; VILLA, 2006; SANTOS et al., 2007).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desenvolvem as ações do PACS e são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. Os ACS deverão ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas e desenvolverão atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílio e na comunidade, sob a coordenação de um enfermeiro da Estratégia ACS (BRASIL, 2001, 2012a).

Souza et al. (2010) ressalta que os ACS ocupam um lugar de destaque com relação ao vínculo entre o doente de TB e a equipe de saúde, visto que compartilham da vida cotidiana do usuário, no que concerne à prática organizativa da comunidade, ao contexto econômico-social da população, bem como suas formas de expressão, manifestações culturais e valores. Portanto, quando eles não conseguem desempenhar a função de elo entre a população assistida e o serviço de saúde, o usuário tende a distanciar-se da equipe de saúde da família.

O vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e o portador de TB favorece a manutenção ativa do cuidado, mediante a monitorização das suas condições de saúde e de sua família, considerando a perspectiva do conceito ampliado em saúde e a singularidade da pessoa quanto à possibilidade de se cuidar e ser cuidado. Sendo assim, o usuário é reconhecido como sujeito do processo terapêutico, obtendo um cuidado integral que propicia a adesão e continuidade do tratamento por fazê-lo partícipe da sua história (SOUZA et al., 2010; ALVES, et al., 2012).

O trabalho em equipe é parte fundamental da ESF, pois permite que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais uma equipe assume a responsabilidade sanitária. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes. Estas equipes são multiprofissionais e devem ser compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012a).

Como atribuições comuns a todos os membros das Equipes de Saúde da Família tem-se: participar do processo de territorialização, através da identificação de situações de risco e vulnerabilidade; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente na US, e quando necessário no domicílio; realizar ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos; participar do acolhimento ao usuário; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; responsabilizar-se pela população adscrita; realizar reuniões de equipe a fim de planejar em conjunto as ações de saúde; realizar avaliação das ações implementadas; participar de atividades de educação permanente; realizar ações de educação em saúde que interfiram no processo de saúde-doença e incentivar a mobilização e a participação da comunidade, efetivando o controle social (BRASIL, 2012a).

As características do processo de trabalho das equipes supracitadas, segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a, p. 40-43), são:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde editada em 2001 define como áreas de atuação estratégicas mínimas da ESF para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da TB, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. O Controle de TB compreende a busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios, o diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprevenção quando necessário, a notificação e investigação dos casos, o tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos, o fornecimento de medicamentos e ações educativas (BRASIL, 2002a).

As equipes de saúde da família, com vistas à descentralização do controle da TB para a ESF, devem incluir em sua rotina desenvolvimento das ações de controle da TB, tais como: busca ativa de sintomáticos respiratórios; solicitação de exames para diagnóstico (baciloscopia, radiografia e cultura); preenchimento dos instrumentos de registro de informações (ficha de notificação de casos, livro de sintomáticos respiratórios e livro de registro e acompanhamento dos casos); tratamento supervisionado e acompanhamento do paciente (consultas mensais); exame de contatos e busca de faltosos; e alta (BRASIL, 2012a).

Os critérios para o encerramento do tratamento nas USs da AB são: Alta por cura, Alta por abandono do tratamento, Alta por mudança do diagnóstico, Alta por óbito, Alta por falência do tratamento (quando o paciente iniciar novo tratamento deve ser registrado como caso de retratamento no livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de TB) e Alta por transferência para outro serviço de saúde (BRASIL, 2011c).

Para o efetivo controle da TB deve ser inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde de Atenção Primária a Vigilância em Saúde. Esta é compreendida como uma forma de pensar e agir que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes sendo composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (BRASIL, 2008).

As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento que permitem a organização de ações programadas e a atenção à demanda espontânea, garantindo o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os

principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade (BRASIL, 2008).

Uma das ferramentas de vigilância em saúde são os sistemas de informação. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação, principal fonte de dados da TB, constitui a base para o cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais do país. Outros sistemas de informação em saúde em que possa estar registrada a TB devem ser monitorados, tais como Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar, Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação Laboratorial, pois registram dados sobre diversas fases de ocorrência da doença e devem ser considerados para a vigilância da TB (BRASIL, 2005, 2008, 2011b).

Além dos sistemas informatizados, os programas de controle da TB em nível municipal ou nas USs, dispõem de outros instrumentos de registro. Segundo Brasil (2011c), na US deve ser assegurado que haja uma organização dos registros e de informações dos usuários sob investigação e em tratamento da tuberculose, tais como: Registro de sintomático respiratório no serviço de saúde, Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de Tuberculose, Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose, Registro dos Contatos, Boletim de Acompanhamento de Casos de Tuberculose, Ficha de Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação, Agenda para Marcação de Consulta e Boletim de Transferência para os Casos Necessários. O Livro de Registro e Acompanhamento de Tratamento dos Casos de TB e o Livro de Registro Laboratorial têm o objetivo de facilitar o monitoramento local dos casos diagnosticados (BRASIL, 2008, 2011b).

A notificação é condição obrigatória e imprescindível para a liberação dos medicamentos de tratamento da TB. Apesar disto, ainda ocorrem falhas na detecção, notificação e acompanhamento dos casos o que impossibilita o real conhecimento da situação epidemiológica da doença e prejudica o planejamento das ações voltadas para seu controle. Portanto, garantir a qualidade das fontes de registro é tarefa essencial para a efetiva vigilância e controle do agravo (BRASIL, 2005, 2008; PINHEIRO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012).

A insuficiência de recursos humanos e tecnológicos, a baixa resolutividade, o acesso limitado à realização de exame para diagnóstico e controle (escarro e baciloscopia), o horário de funcionamento das unidades e número de consultas restrito, o despreparo dos profissionais, o suprimento e oferta inadequada de medicamentos para o tratamento da TB, a ausência de recursos incentivadores (vale-transporte, cesta-básica, lanches) e a realização irregular das visitas domiciliares, corrobora com as altas taxas de abandono do tratamento, pois dificulta a criação do vínculo entre a equipe de saúde da família e o portador de TB, impedindo o

alcance do cuidado integral e enfraquecendo a Atenção Primária como eixo central da RAS, objetivo basilar da descentralização das ações de controle da TB (MARCOLINO et al., 2009; ARAKAWA, 2011).

Para que a APS, dentro da RAS, seja efetivamente organizadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, deve haver o seu fortalecimento através de grandes investimentos voltados a seu aprimoramento, independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Estas iniciativas, focadas na APS, devem necessariamente contemplar a adequação da infraestrutura física e tecnológica das USs, contratação e qualificação de recursos humanos, incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial, dentre outras (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2010a).

Para a plena garantia desta continuidade, é necessário a integração dos serviços de saúde da APS com outros serviços que compõem os outros níveis da RAS e que disponham de tecnologia diversificada a fim de complementar o cuidado ao usuário, pois este se encontra fragmentado (BRASIL, 2010a; TANAKA, 2011; MENDES, 2011).

3.5 A FUNÇÃO DOS NÍVEIS SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO NO TRATAMENTO E CONTROLE DA TUBERCULOSE

Apesar da definição da AB como porta de entrada no sistema de saúde, muitos doentes procuram os níveis secundário e terciário para obtenção do atendimento. A escolha dos doentes pela procura por uma unidade de pronto atendimento (UPA) ou hospitais é pautada em experiências anteriores com determinados serviços de saúde e em aspectos culturais. Muitos doentes acreditam que o hospital e a UPA são locais que possuem maior infraestrutura para diagnosticar e tratar problemas de saúde e, por isso, confiam mais nestes serviços. Para outros, a preferência por estes decorre do horário restrito de funcionamento dos serviços de atenção primária (OLIVEIRA et al., 2011).

O encaminhamento das USs da AB para a unidade de referência se dará nas seguintes situações: difícil diagnóstico, presença de efeitos adversos maiores, presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatas e indivíduos com insuficiência renal crônica, casos de falência ao tratamento e casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos (MOURÃO; LACERDA; SANTOS, 2007; BRASIL, 2011b).

O MS ressalta que a pessoa com TB pode apresentar-se em qualquer US e deve-se estabelecer particular ênfase no encontro do sintomático respiratório e seu correto

encaminhamento. Para isso, referências para unidades laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares, além da integração com a vigilância epidemiológica do município, devem ser estabelecidas em todas as USs (BRASIL, 2011b).

As unidades de referência podem estar instaladas em policlínicas, centros de referência ou hospitais e devem contar com profissionais capacitados para a condução dos casos de maior complexidade clínica, incluindo, se possível, profissionais da área de saúde mental e serviço social. O intercâmbio entre os profissionais destas unidades e da AB deve ser estimulado e facilitado pelas coordenações estaduais, regionais e municipais (BRASIL 2010b; BRASIL, 2011b).

Faz-se necessário, nas unidades de referência, garantir o acesso ágil aos seguintes exames e ou procedimentos: raios-x de tórax; tomografia computadorizada de tórax; cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade, sempre que possível, pelo método automatizado; broncoscopia com biópsia, pesquisa e cultura para micobactérias nos casos de suspeita de TB sem confirmação bacteriológica, suspeita de TB endobrônquica e diagnóstico diferencial com outras doenças respiratórias; biópsia de outras localizações; bioquímica hepática e análise adequada do líquido pleural (bioquímico, citológico e adenosina deaminase) (BRASIL, 2011b).

O ambulatório de referência secundária tem como competências: elucidação diagnóstica, orientar o correto manejo de efeitos adversos maiores, realizar tratamentos especiais e manter o fluxo entre referência-unidade básica. O tratamento da TB é geralmente feito em regime ambulatorial, no serviço de saúde mais conveniente para o paciente (WARIS; NAZARÉ; MARQUES JÚNIOR, 2007; BRASIL, 2011b).

O nível terciário de atenção à TB corresponde aos ambulatórios de referência terciária e hospitais. Os ambulatórios tem como competência o cuidado ao portador de TB com resistência aos fármacos antiTB; o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de doença por micobactérias não tuberculosas e a manutenção do fluxo entre referência-unidade básica. Os profissionais dos ambulatórios de referência terciária devem possuir grande experiência no manejo de casos de TB com elevada complexidade clínica relacionada à resistência aos fármacos antiTB e na utilização de fármacos de primeira e segunda linha (BRASIL, 2011b).

A hospitalização do portador de TB é indicada em casos muito especiais, de acordo com as seguintes prioridades: meningite tuberculosa, insuficiência respiratória, hemoptise franca, indicações cirúrgicas decorrentes da TB, caquexia, intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório, intercorrência clínica ou cirúrgica grave ou estado geral que

não permita o seguimento ambulatorial. O período de internação deve ser reduzido ao mínimo possível para a resolução da causa indicadora, independente do resultado do exame bacteriológico) (MOURÃO; LACERDA; SANTOS, 2007; WARIS; NAZARÉ; MARQUES JÚNIOR, 2007).

Existem outras unidades hospitalares de referência para o atendimento ambulatorial ou em regime de internação dos pacientes com TB pulmonar ou extrapulmonar. Pacientes bacilíferos devem ser mantidos em sistema de isolamento respiratório, sendo recomendado o uso de máscaras e proteção individual para acompanhantes e profissionais de saúde. A liberação do isolamento deverá ser feita mediante três exames de escarro negativos (o que geralmente acontece após a segunda semana de tratamento específico) (MOURÃO; LACERDA; SANTOS, 2007; WARIS; NAZARÉ; MARQUES JÚNIOR, 2007).

A rede de laboratórios vinculados ao controle da TB é pertencente ao Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB). Este é constituído por um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada, por grau de complexidade das atividades relacionadas a vigilância em saúde (vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica). No SISLAB, as unidades laboratoriais estão classificadas em Centros Colaboradores, Laboratórios de Referência Nacional, Laboratórios de Referência Regional, Laboratório de Referência Estadual, Laboratório de Referência Municipal, Laboratórios Locais e Laboratórios de Fronteira (BRASIL, 2011b).

A diretriz da hierarquização deve orientar a organização dos serviços de laboratórios, centralizando em laboratórios de referência procedimentos tais como a cultura, a identificação e o teste de sensibilidade em função da necessidade de esses procedimentos exigirem recursos humanos, ambientais e materiais mais especializados (BRASIL, 2011b).

A TB deve ser tratada, prioritariamente, na atenção primária, através de ações de combate descentralizadas, mas quando se fizer necessário, o paciente deverá ser encaminhado a outros serviços de saúde (referências secundárias ou terciárias). Portanto, a integração dos serviços é primordial para o efetivo tratamento e controle da doença e a atenção primária constitui parte principal deste processo no sentido de coordenar e ordenar o acesso dos usuários aos demais pontos de atenção à saúde. Se há um serviço de saúde fragmentado, a continuidade do tratamento estará prejudicada (BRASIL, 2011; SILVA, 2011; SILVA SOBRINHO, 2012).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a integração das ações e serviços na assistência ao portador de TB em Uberaba/MG em 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever, avaliar e classificar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de TB em sete dimensões (organização da atenção à TB, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços, sistemas de informação clínica e integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB);

- 2) Identificar, dentro das dimensões em estudo, as ações e serviços com maior e menor integração;

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa observacional, seccional, com abordagem quantitativa.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de Uberaba (MG), localizado na região do Triângulo Mineiro, com população estimada em 302.623 habitantes, em 2012, área territorial de 4.523,957 km² e densidade demográfica de 65,43 hab/km² (IBGE, 2014).

O município de Uberaba pertence à Macro Região Triângulo Sul formada por 27 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (SRS) (UBERABA, 2014).

5.2.1 Descrição da organização dos serviços da atenção primária em Uberaba/MG

Segundo Uberaba (2014), o Sistema de Saúde no município estudado está organizado em Distritos Sanitários, e a rede básica de atenção à saúde formatada em Unidades de Saúde da Família (USF), UBS e Unidades Matriciais de Saúde (UMS). As UBS representam a porta de entrada para o sistema de saúde e estão localizadas em diversos pontos da cidade. Na Unidade Básica ou Posto de Saúde o usuário recebe atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. As ações destinam-se exclusivamente à prevenção e promoção dos agravos a saúde. O horário de funcionamento é das 07:00 às 17:00.

As USF consistem em unidades funcionais multiprofissionais (médicos, equipe de enfermagem, profissionais de saúde bucal, ACS e técnicos administrativos), com autonomia funcional e técnica, que prestam cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Configuram um modelo organizacional leve e flexível e devem estar integradas em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde. Ou seja, possuem o mesmo propósito de uma UBS, porém com enfoque familiar, sendo que o horário de funcionamento é das 07:00 às 17:00 (UBERABA, 2014).

As UMS, por sua vez, promovem atendimentos nas áreas de especialidades básicas como ginecologia, pediatria, clínico geral, odontologia, psicologia, assistência social e fisioterapeuta assim como agendamento de consultas e alguns exames para a população,

funcionando em paralelo às USF, neste caso recomenda-se que os munícipes busquem os serviços de saúde na unidade matricial mais próxima de sua residência. Algumas UMS funcionam das 07:00 às 19:00, enquanto outras funcionam das 07:00 às 22:00 (UBERABA, 2014; ALEXANDRE, 2014).

Ainda no âmbito da atenção primária no município, têm-se os Núcleos de Apoio à Saúde Família (NASF), que são constituído por equipes multiprofissionais para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob-responsabilidade das Equipes de Saúde da Família no qual o NASF está cadastrado. Em Uberaba os NASF são composto pelos seguintes profissionais: Médico, Ginecologista, Pediatra, Psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente Social e funcionam das 07:00 às 17:00 (UBERABA, 2014).

Por último, têm-se os Pontos de Apoio das Equipes Saúde da Família, que funcionam das 07:00 às 17:00 e possuem sede localizada dentro da área de abrangência das Equipes de Saúde da Família cuja unidade de referência encontra-se a longa distância (UBERABA, 2014).

No nível secundário da RAS à TB, tem-se o Ambulatório de Referência Eurico Vilela (AR), que representa um serviço multiprofissional que oferece atendimento a partir de demanda espontânea para pessoas com suspeita de TB que procuram o serviço para um primeiro atendimento e por agendamento para pacientes encaminhados de outros níveis de atenção do município, bem como constitui referência em TB para os serviços de saúde de todos os níveis da RAS de Uberaba e outros 26 municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde de Uberaba. O horário de funcionamento é das 7:00 as 17:00 horas (ALEXANDRE, 2014).

No ano de 2011, Uberaba contava com 33 USF, sendo 25 na área urbana e 7 na área rural, com 50 Equipes de Saúde da Família (ESF) e cobertura de 55% da população. As equipes de trabalhadores das USF eram compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem e de 3 a 9 ACS capacitados para o atendimento ao paciente com TB. O tipo de vínculo empregatício na maioria dos profissionais era o de contrato por tempo determinado por um período de quatro anos (ALEXANDRE, 2014).

5.2.2 O Programa de Controle da Tuberculose em Uberaba/MG

No município de Uberaba, em Maio de 2008, ocorreu a descentralização do PCT do Serviço de TB localizado no AR para a AB, quando as 47 equipes de saúde da família

médicos, enfermeiros, ACS (ACS), técnicos de enfermagem; Auxiliar de Cirurgião Dentista e cirurgiões dentistas foram capacitados para trabalhar com TB (ALEXANDRE, 2014).

Segundo Uberaba (2014), a capacitação dos profissionais de saúde da AB em relação à TB vem ocorrendo anualmente devido à rotatividade dos profissionais e a necessidade de reciclagem dos que já estão atuando nas ações de controle da tuberculose.

Por recomendação do MS, em maio de 2010 foi implantado no município o TDO, que contribuiu para a diminuição do índice de abandono no município que era de 26,77% em 2005 correspondente a 17 pacientes para 11,1% correspondente a dois pacientes em 2010. O TDO é uma estratégia que contribui para a adesão do portador de TB ao tratamento, apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais em acompanhar esses pacientes, tais como, não encontrar o paciente em casa e carência de recursos humanos para fazer o acompanhamento (UBERABA, 2014).

A entrada do portador de TB no município pode ser feita nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Quando a entrada se dá pelos níveis secundários e terciários o acompanhamento do paciente é feito pela equipe de saúde mais próxima da residência do paciente. Cada equipe é responsável pelo seu usuário, em áreas descobertas ou quando o paciente não quer fazer o tratamento mais próximo de sua residência quem assume é a equipe de profissionais: médico, enfermeiro e técnico de enfermagem do PCT municipal (UBERABA, 2014).

A taxa de incidência de TB em Uberaba vem se mantendo relativamente estável no período de 2008 a 2012. Em 2008 a taxa foi de 20,5 por 100.000 habitantes, houve um aumento para 25,3 casos novos por 100.000 habitantes em 2009 (UBERABA, 2014). Estima-se que nesse ano houve um incremento no Programa Municipal de TB através da busca ativa de casos revelando uma ação efetiva de vigilância e monitoramento constante deste agravo que culminou na diminuição da taxa de incidência para 19,7 casos por 100.000 habitantes em 2012 (UBERABA, 2014).

Quanto à taxa de cura, em 2009, o município apresentava um percentual de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar de 68,8%, percentual que no ano seguinte diminuiu, aumentando o percentual em 2011 e sendo mantido em 70,4 % no ano de 2012, abaixo da meta pactuada de 85% (UBERABA, 2014).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por profissionais da saúde (enfermeiros auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos) e ACS que atuavam nas equipes das USs (UBS, USF, UMS, Unidade Regional de Saúde – URS- e AR) do município de Uberaba que acompanharam portador(es) de TB durante o tratamento no período de Janeiro de 2012 a Janeiro de 2014 .

Foi estabelecido o contato com a coordenação municipal do PCT a fim de identificar quais equipes das unidades supracitadas acompanharam portador(es) de TB no período Janeiro de 2012 a Janeiro de 2014. Foram identificadas 16 unidades e um total de 25 equipes de saúde da família e 1 equipe do AR. Para cada equipe identificada, foram abordados para a entrevista o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e 02 ACS.

5.3.1 Critérios de inclusão

1. Ser trabalhador da área da saúde (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde) atuante no período de coleta de dados;
2. Ter acompanhado, pelo menos uma vez, portadores de TB durante o tratamento no período de Janeiro de 2012 a Janeiro de 2014.

5.3.2 Critérios de exclusão

1. Profissionais não atuantes no período de coleta de dados;
2. Profissionais que não tenham acompanhado portadores de TB durante o tratamento no período de Janeiro de 2012 a Janeiro de 2014;
3. Que recusem participar do estudo;
4. Que não efetivem a participação na pesquisa até a 3º tentativa de entrevista feita pelo pesquisador.

Cinco sujeitos recusaram participar da pesquisa e um não efetivou a participação até a 3º tentativa de entrevista. Por fim, a amostra foi constituída por 101 trabalhadores da saúde que haviam acompanhado algum portador de TB durante o tratamento no período de Janeiro de 2012 a Janeiro de 2014.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de dados primários (aplicação de questionário – ANEXO B).

5.4.1 Instrumento de coleta de dados

Para atender os objetivos do estudo, foi utilizada fonte de dados primários a fim de identificar como se dava a coordenação da assistência e integração de ações e serviços durante o tratamento da TB, entendendo assim que informações fornecidas pelos profissionais de saúde favorecem a compreensão e entendimento acerca dos pontos de estrangulamento e barreiras na prestação da assistência aos portadores da doença.

Assim, para o alcance dos objetivos propostos, foi aplicado aos profissionais de saúde um questionário estruturado (ANEXO A), que permitiu analisar a coordenação da assistência, articulação entre os níveis de atenção e oferta de ações para o controle da TB. O questionário é uma proposta de *MacCooll Institute for Health Care Innovation* e foi adaptado e validado no Brasil por Moysés et al. (2012) para a “*avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas*” com o propósito de apoiar as equipes para melhorar a atenção a estas condições na comunidade e nos serviços, e na relação com as pessoas.

O questionário foi então readaptado por um grupo de pesquisadores do GEOTB da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) para a atenção à TB e é dividido em 07 dimensões, sendo cada uma constituída de questões que foram chamadas de componentes, das quais pode-se obter as respostas em 04 níveis (D, C, B, A), sendo D correspondente ao nível mais desfavorável, B e C, intermediários e A ao nível mais favorável. Os níveis foram representados por valores que variavam de 0 a 11, sendo assim, os valores mais baixos representaram menor capacidade de coordenação da assistência para controle da TB e os mais altos, capacidades maiores. As Dimensões foram definidas como:

I - Organização da atenção à Tuberculose: O manejo de políticas/ programas de controle da TB pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.

II- Articulação com a comunidade: Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou USs) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da TB.

III- Autocuidado apoiado: O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.

IV- Suporte a decisão: O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

V- Desenho do sistema de prestação de serviços: A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.

VI- Sistemas de informação clínica: Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB: Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

5.4.2 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de Abril a Junho de 2014. Cada ator entrevistado foi abordado, inicialmente, pelo pesquisador, que explicou a natureza e os objetivos do estudo, bem como solicitou a participação do mesmo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após agendamento com o participante, o entrevistador foi à US e realizou a entrevista. Esta aconteceu em local que resguardava a privacidade dos entrevistados e teve duração média de 40 minutos.

A realização das perguntas do instrumento de coleta de dados e o devido preenchimento das respostas dadas pelo participante foram realizados pelo pesquisador ao longo da entrevista.

5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados, armazenados e processados através do programa *Statistica*, versão 10 da Statsoft.

Os dados foram analisados por técnicas descritivas e pelo cálculo da pontuação média de cada dimensão para o município, serviços de saúde e categoria profissional dos sujeitos do estudo. Para o município foram determinados, também, intervalos com 95% de confiança para os itens do questionário utilizados para avaliar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de TB.

Os procedimentos de cálculo para a análise da pontuação média de cada dimensão para o município, serviços de saúde e categoria profissional dos sujeitos do estudo foram descritos a seguir:

Inicialmente, somou-se o total de cada dimensão, calculando-se em seguida o valor médio correspondente para cada dimensão.

I – Pontuação média para Organização da atenção à Tuberculose:_____.

II- Pontuação média para Articulação com a comunidade:_____.

III- Pontuação média para Autocuidado apoiado:_____.

IV- Pontuação média para Suporte a decisão:_____.

V- Pontuação média para Desenho do sistema de prestação de serviços:_____.

VI- Pontuação média para Sistemas de informação clínica:_____.

VII- Pontuação média para Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB:_____.

- Pontuação total (I+II+III+IV+V+VI+VII):_____.

- Pontuação de capacidade institucional (I+II+III+IV+V+VI+VII /7): _____.

O questionário adaptado para a atenção à TB foi organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indicasse um local com recursos e estrutura ótima para a atenção à doença. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção à TB. A interpretação dos resultados foi a seguinte:

Média < 3 = capacidade limitada para a atenção à TB;

$3 \leq$ média < 6 = capacidade básica para a atenção à TB;

$6 \leq \text{média} < 9 =$ razoável capacidade para a atenção à TB;

$\text{Média} \geq 9 =$ capacidade ótima para a atenção à TB.

Quanto ao tempo de atuação na US foram comparados os tempos médios dos diferentes sujeitos do estudo. Os dados foram submetidos à análise de variância (Anova) e teste de comparação múltipla de Tukey quando atendidos os pressupostos de homocedasticidade pelo teste de Levene e normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors. Para as análises que indicaram violação dos critérios para uso da Anova foi aplicada análise de variância não-paramétrica, com uso do teste de Kruskal-Wallis e teste de comparação múltipla de média das ordens (rancking). Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5%.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob o protocolo CEP/UFTM 2706 (APÊNDICE B). Os aspectos éticos foram baseados na Resolução nº196/96 referente à pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a aplicação do questionário foi solicitado aos profissionais a anuência para participação no estudo, após terem sido esclarecidos sobre o tema, objetivo e finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados.

Após o esclarecimento, foi solicitada a assinatura, em duas vias, do TCLE, criado em conformidade com as orientações do CEP da UFTM, sendo que uma via ficou com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nas USs após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Foram avaliadas 16 USs das quais, 2 (12,5%) eram UBS, 6 (37,5%) eram USF, 6 (37,5%) eram UMS, 1 (6,25%) era URS e 1 (6,25%) correspondia ao AR.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram entrevistados 101 profissionais de saúde sendo 21 (20,8%) técnicos de enfermagem, 17 (16,8%) médicos, 22 (21,8%) enfermeiros e 41 (40,6%) ACS. Os profissionais estavam distribuídos em 16 USs sendo que 54 (53,5%) pertenciam à UMS, 30 (29,7%) à USF, 11 (10,9%) à UBS, 05 (5,0%) à URS e 1 (1,0%) ao AR.

Em relação ao tempo que estes profissionais exerciam suas funções nas respectivas categorias, o valor médio foi de 7,53 (dp=7,71) anos de trabalho, com máximo de 42 anos, mínimo de 0,25 anos e mediana de 5 anos. Exerciam a função há 3 anos ou mais 75% dos profissionais. Quanto ao tempo de atuação na US em que trabalhava no momento da entrevista, 50% dos profissionais atuavam há quatro anos ou mais. O valor médio desta variável foi de 4,79 (dp= 4,06) anos de trabalho, com mínimo de 0,02 anos e máximo de 14 anos. Quando comparado o tempo médio de atuação entre os profissionais de saúde foi observado diferença estatística para ANOVA ($p=0,0401$) e teste de comparação múltipla de Tukey ($p = 0,0339$) entre os tempos médio de permanência na US de Técnicos de Enfermagem e ACS, Tabela 1.

Tabela 1 – Tempo de atuação dos profissionais de saúde na Unidade de Saúde, Uberaba-MG, 2014.

Profissional de Saúde	Média	Desvio Padrão
Técnico de Enfermagem	6,49 ^a	4,91
Médico	5,62 ^{ab}	5,29
Enfermeiro	4,82 ^{ab}	4,02
Agente Comunitário de Saúde	3,56 ^b	2,46
Total	4,79	4,06

Legenda: ^{a, b} letras diferentes para o teste de Tukey com significância estatística, $p < 0,05$.

Fonte: Das autoras, 2014

6.3 CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES AVALIADAS

6.3.1 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Organização da atenção à tuberculose

A Organização da atenção à tuberculose no Município foi classificada com básica capacidade, sendo que 14 (87,5%) das USs avaliadas também apresentaram esta classificação. Duas unidades foram classificadas com capacidade razoável. O AR e as UBS apresentaram capacidade superior às USF e às UMS. Todos os profissionais classificaram a Organização da Atenção à TB com básica capacidade, Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição da Dimensão Organização da atenção à tuberculose por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
I.1 – O interesse do gerente da US em relação às mudanças na atenção à TB	4,7	3,5	101	Básica
I.2 – Metas pactuadas e registradas pela US para o controle da TB na área de abrangência	6,6	2,9	101	Razoável
I.3 – Estratégias para melhoria da atenção à TB	7,2	2,4	101	Razoável
I.4- Estratégias para que a APS seja o local para o tratamento da TB	4,5	3,3	101	Básica
I.5 – Participação do gerente da US para melhoria da atenção à TB	4,5	3,2	101	Básica
I.6 – Benefícios e incentivos aos portadores de TB	0,2	1,4	101	Limitada
Município	4,6	1,7	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	4,2	1,8	54	Básica
USF	4,6	1,3	30	Básica
UBS	5,7	1,6	11	Básica
AR	5,8	0,0	1	Básica
URS	5,4	0,9	5	Básica
Função na Unidade				
Enfermeiro	4,7	1,4	22	Básica
Técnico em Enfermagem	4,8	2,1	21	Básica
Médico	4,3	1,2	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	4,5	1,7	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

Com relação aos itens que compõem a dimensão Organização da atenção à TB (I), pode-se observar que o item referente ao interesse do gerente da US em relação às mudanças

na atenção à TB (I.1) foi classificado com capacidade básica. Esta classificação indica que, apesar de existir interesse do gerente da unidade, não havia recursos materiais e/ou humanos suficientes para o tratamento da TB. Contudo, para 36 profissionais (35,6%) não existia ou havia pouco interesse do gerente em relação à atenção à TB. Apenas 13 profissionais (12,8%) apontaram que as mudanças em relação à TB faziam parte do planejamento da unidade a longo prazo e que havia recursos humanos e materiais suficientes para o cuidado.

Quanto às Metas pactuadas e registradas pela US para o controle da TB na área de abrangência (item I.2), que inclui ações como cobertura de tratamento supervisionado, solicitação de exames de baciloscopia de escarro, dentre outras, a classificação obtida foi razoável capacidade. Para 38 sujeitos (37,62%), existiam metas pactuadas e registradas pela unidade para o controle da TB e estas eram acompanhadas e revistas periodicamente.

Em relação às Estratégias para melhoria da atenção à TB (item I.3), como por exemplo, oferta do tratamento supervisionado, flexibilidade de horário do tratamento supervisionado, atividades educativas, prioridade no atendimento e facilidade de agendamento, a classificação obtida foi razoável capacidade. Esta classificação indica que existiam tais estratégias, porém elas surgiam apenas quando havia problemas, não sendo utilizadas para a prevenção destes.

No que se refere às Estratégias para que a APS seja o local para o tratamento da TB (item I.4), dentre elas, facilidade de agendamento para atendimento, retaguarda laboratorial e capacitação dos profissionais, obteve-se classificação com capacidade básica, o que significa que tais estratégias existiam como atividade independente do trabalho da equipe e estavam desarticuladas do plano de assistência do portador de TB. Para 45 (44,5%) entrevistados, estas estratégias não estavam disponíveis para a equipe local.

O item I.5, Participação do gerente da US para melhoria da atenção à TB, foi classificado com capacidade básica, demonstrando que a melhoria da atenção à TB não era prioridade para o gerente da US. Para 28 (27,7%) entrevistados, o gerente nem mesmo incentivava a identificação de portadores de TB na comunidade.

Benefícios e incentivos aos portadores de TB (item 1.6) foi o item que apresentou a menor pontuação, tendo obtido média 0,2 (dp=1,4), sendo classificado com capacidade limitada. Noventa e sete (96,03%) sujeitos pontuaram com zero o item pois, segundo eles, não havia café da manhã, leite, vale transporte, cesta básica ou quaisquer outros benefícios e/ou incentivos aos portadores de TB.

6.3.2 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Articulação com a comunidade

A dimensão Articulação com a comunidade (II) no município foi classificada com capacidade básica. Sete (43,75%) das USs avaliadas também apresentaram esta classificação. As demais unidades foram classificadas com capacidade limitada. As UBS apresentaram capacidade superior aos demais tipos de USs. Nesta dimensão, o AR obteve pontuação zero em todos os itens. Médicos classificaram as unidades com capacidade limitada, enquanto os demais profissionais classificaram com capacidade básica, Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição da Dimensão Articulação com a comunidade por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
II.7 – Articulação da US e portadores de TB com as organizações da comunidade	1,2	2,5	101	Limitada
II.8 – Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB	0,9	2,0	101	Limitada
II.9 – Atuação do Conselho/Comissão Local de Saúde	3,4	2,4	101	Básica
II.10 – Atuação do Agente Comunitário de Saúde	7,7	1,6	101	Razoável
Município	3,2	1,5	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	3,2	1,4	54	Básica
USF	2,7	0,7	30	Limitada
UBS	4,6	2,2	11	Básica
AR	0,0	0,0	1	Limitada
URS	3,5	1,4	5	Básica
Função na Unidade				
Enfermeiro	3,2	1,8	22	Básica
Técnico em Enfermagem	3,0	1,1	21	Básica
Médico	2,9	1,2	17	Limitada
Agente Comunitário de Saúde	3,4	1,5	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

Com relação aos itens que compõem a dimensão II, pode-se observar que a Articulação da US e dos portadores de TB com as organizações da comunidade, dentre estas, as Organizações Não-Governamentais (ONGs), Centros Comunitários, Igrejas e Pastorais (item II.7), foi classificada com capacidade limitada, pois, segundo 89 (88,1%) sujeitos, esta articulação não era realizada.

Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB (item II.8) eram inexistentes para 86 (85,1%) entrevistados, sendo este item classificado com capacidade limitada. Apenas 6 (5,9%) sujeitos, dois que atuavam em UBS, 03 em UMS e 1 em USF, consideraram haver parcerias estruturadas para apoiar o tratamento da TB.

O item II.9, que versa sobre o Conselho/Comissão Local de Saúde da unidade, apresentou capacidade básica visto que, apesar da existência deste órgão na maioria das unidades, o mesmo não participava das decisões e sugestões para melhoria da assistência à TB. Ainda, para 22 (21,8%) dos profissionais, não existia Conselho/Comissão Local de Saúde nas suas unidades.

Apenas o item Atuação do agente comunitário de saúde (II.10), no que se refere à dimensão II, apresentou capacidade razoável. Isto representa que o ACS estava incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, fazia articulação com a Equipe da Unidade, mas não com os recursos da comunidade (ONGs, Centros Comunitários, Pastorais, Igrejas).

6.3.3 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Autocuidado apoiado

A dimensão Autocuidado apoiado (III) foi classificada com capacidade básica. Das USs avaliadas, 9 (56,25%) também apresentaram esta classificação. As demais unidades foram classificadas com razoável capacidade. As UBS, AR e URS apresentaram capacidade superior às UMS e às USF. Todos os profissionais classificaram as unidades com capacidade básica, Tabela 4.

No que concerne ao item Registros relacionados ao apoio dos profissionais de saúde na US para o portador de TB cuidar da própria saúde (III.11), a classificação obtida foi razoável capacidade. Observou-se que os registros eram realizados de maneira padronizada, porém não estavam efetivamente articulados com o plano de cuidado dos portadores de TB.

O Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde (item III.12) foi classificado com capacidade básica. Esta classificação representa que o suporte supracitado era disponibilizado por meio de atividades educacionais. Entretanto, para 56 (55,4%) profissionais, este suporte limitava-se à distribuição de informações escritas, através de panfletos, folders ou cartazes.

Em se tratando do Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias (item III.13), a classificação obtida foi capacidade básica. Isto significa que o

acolhimento das preocupações era realizado através do encaminhamento para profissionais e serviços especializados, não sendo realizado e solucionado dentro da própria US.

As Intervenções de mudança de comportamento (parar de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB (item III.14), segundo 47 (46,5%) entrevistados, eram realizadas por meio de encaminhamento a Centros Especializados. Não havia entrevista motivacional e/ou grupo operativo nas unidades avaliadas.

Tabela 4 – Descrição da Dimensão Autocuidado apoiado por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
III.11 – Registros relacionados ao apoio dos PS na US para o portador de TB cuidar da própria saúde	6,2	3,0	101	Razoável
III.12 – Suporte para que os portadores de TB cuidem da própria saúde	4,6	3,6	101	Básica
III.13 – Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias	5,9	2,3	101	Básica
III.14 – Intervenções de mudança de comportamento de portadores de TB	6,0	2,2	101	Razoável
Município	5,7	1,9	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	5,4	1,9	54	Básica
USF	5,4	1,5	30	Básica
UBS	7,0	2,0	11	Razoável
AR	7,5	0,0	1	Razoável
URS	6,7	2,3	5	Razoável
Função na Unidade				
Enfermeiro	5,8	1,4	22	Básica
Técnico em Enfermagem	5,7	2,5	21	Básica
Médico	5,4	1,3	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	5,7	2,0	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

6.3.4 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Suporte à decisão

O Suporte à decisão, dimensão IV, foi classificado com capacidade básica no município, sendo que 8 (50,0%) das USs avaliadas também apresentaram esta classificação, as demais obtiveram capacidade razoável. O AR, as URS e as UBS apresentaram capacidade superior às USF e às UMS. Técnicos de enfermagem classificaram as unidades com capacidade razoável, classificação superior a dos demais profissionais, Tabela 5.

Tabela 5 – Descrição da Dimensão Suporte à decisão por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
IV.15 – Utilização do Manual de diretrizes para o controle da TB na US	6,9	2,5	101	Razoável
IV.16 – Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade.	3,3	2,6	101	Básica
IV.17 – Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB	3,9	3,0	101	Básica
IV.18 – Informações às pessoas sobre TB	8,1	2,4	101	Razoável
Município	5,6	1,7	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	5,3	1,9	54	Básica
USF	5,6	1,0	30	Básica
UBS	6,1	2,0	11	Razoável
AR	7,0	0,0	1	Razoável
URS	6,8	1,7	5	Razoável
Função na Unidade				
Enfermeiro	5,8	1,5	22	Básica
Técnico em Enfermagem	6,3	1,9	21	Razoável
Médico	4,2	1,5	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	5,6	1,5	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

Ao se considerar os itens que compõe a dimensão IV, percebeu-se que o Manual de diretrizes para o controle da TB na US (item IV.15), foi classificado com razoável capacidade, o que demonstrou a existência do manual na maioria das US, porém com uso limitado para os momentos de capacitação, não sendo integrado à prática cotidiana na atenção à TB de acordo com 70 (69,3%) profissionais.

Capacidade básica foi a classificação do item Envolvimento de especialistas em TB que não fazem parte da equipe no apoio aos profissionais de saúde da unidade (IV.16), o que demonstrou que este envolvimento foi alcançado por meio da participação de especialistas, porém esta se limitou às solicitações da US para o controle da TB, não havendo a participação periódica de especialistas no processo de educação permanente, nem discussão dos casos de TB existentes com a equipe da unidade. Contudo, segundo 65 (64,3%) entrevistados, o envolvimento dos especialistas se deu através de referenciamento/encaminhamento tradicional.

No que se refere à classificação da Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB (item IV.17), obteve-se capacidade básica. Para 51 (50,5%) sujeitos, a capacitação foi realizada esporadicamente enquanto que para 23 (22,8%), esta se deu de forma sistemática com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários, etc).

No que tange à Informação às pessoas sobre TB (item IV.18), foi obtido a classificação com razoável capacidade, o que implicou na passagem de informações para grupos vulneráveis à TB (comunicantes, portadores de HIV/AIDS, moradores de rua, etc) por meio de informações escritas e verbais (folders, cartazes, etc). Por outro lado, 64 (63,4%) dos entrevistados afirmaram passar informações sobre TB para todos os usuários, incluindo nestas, o papel de cada indivíduo na prevenção e tratamento da TB.

6.3.5 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Desenho do sistema de prestação de serviços

O desenho do sistema de prestação de serviços, dimensão V, foi classificado com capacidade razoável no município sendo que 7 (43,75%) das USs avaliadas apresentaram capacidade básica. A média obtida foi 6,1 (dp=1,5). Não houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades. Médicos e ACS classificaram as unidades com capacidade básica, enquanto enfermeiros e técnicos de enfermagem classificaram com capacidade razoável, Tabela 6.

Razoável capacidade foi obtida no item Trabalho em equipe para o controle da TB (V.19). Pode-se observar que 45 (44,5%) entrevistados, pontuaram que o trabalho em equipe era assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgiam. Todavia, não havia reunião regulares com outros membros da equipe (dentista, psicólogo, dentre outros).

Sobre o Profissional de saúde da própria US que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB (item V.20), obteve-se classificação com capacidade básica. Segundo 56 (55,4%) sujeitos, não havia uma definição, pois estas ações eram desenvolvidas por toda equipe sem uma sistematização. A classificação do item foi capacidade básica.

O Sistema de agendamento para o tratamento da TB (item V.21) foi classificado com capacidade básica, sendo que, de acordo com 60 (59,4%) profissionais, este sistema estava organizado apenas para o agendamento de consultas médicas em casos de intercorrências (demanda espontânea) visto que os portadores de TB em tratamento realizavam consultas

periódicas no Centro de Referência e não na US da Atenção Primária. Ademais, não havia organização informatizada para o agendamento de consultas.

Tabela 6 – Descrição da Dimensão Desenho do sistema de prestação de serviços por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
V.19 – Trabalho em equipe para o controle da TB	6,5	2,3	101	Razoável
V.20 – Profissional de Saúde da própria Unidade que é referência para o desenvolvimento de ações de controle da TB	5,9	2,9	101	Básica
V.21 – Sistema de agendamento para o tratamento da TB	5,8	2,4	101	Básica
V.22 – Monitoramento da situação da Tb na comunidade	5,3	1,8	101	Básica
V.23 – Atenção planejada para o controle da TB	6,4	2,0	105	Razoável
V.24 – Continuidade do cuidado ao portador de TB	6,7	2,0	101	Razoável
Município	6,1	1,5	101	Razoável
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	6,0	1,6	54	Razoável
USF	6,0	1,4	30	Razoável
UBS	6,7	1,7	11	Razoável
AR	7,5	0,0	1	Razoável
URS	6,6	1,5	5	Razoável
Função na Unidade				
Enfermeiro	6,4	1,5	22	Razoável
Técnico em Enfermagem	6,4	1,9	21	Razoável
Médico	5,6	1,4	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	5,9	1,4	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

O Monitoramento da situação da TB na comunidade (item V.22), segundo 66 (65,3%) participantes, era realizado apenas a partir da identificação do caso. Não havia o acesso, pela equipe local, ao sistema informatizado para o planejamento de ações com vistas a atender as necessidades da área de abrangência. Este item foi classificado com capacidade básica.

Capacidade razoável foi observada no item Atenção planejada para controle da TB (V.23). Cinquenta e três entrevistados (52,5%) referiram que a atenção planejada era utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizavam o tratamento da TB e seus comunicantes, não sendo realizada para outro tipo de usuário do serviço de saúde.

O item V.24, Continuidade do cuidado ao portador de TB, obteve classificação com razoável capacidade. A comunicação da US com os serviços que compõem a rede de atenção à TB no município ocorria por telefone ou em reuniões na US e entre os serviços de saúde, de forma verbal, com registro formal (guias e prontuário clínico) e escrito. Esta classificação foi dada por 53 (52,4%) entrevistados.

6.3.6 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Sistemas de Informação Clínica

A dimensão VI, referente aos Sistemas de informação clínica, foi classificado com capacidade básica no município, sendo que 10 (62,5%) das USs avaliadas apresentaram esta classificação. Houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades sendo as UMS e USF com capacidade básica e as demais, razoável. Todos os profissionais atribuíram capacidade básica às unidades, Tabela 7.

Quarenta (39,6%) profissionais atribuíram capacidade básica ao item Prontuário clínico (VI.25). Segundo esta classificação, o prontuário clínico estava disponível na US e incluía registros de diagnóstico, terapêutica e agendamento de retornos. Não havia registros de realização de Tratamento Supervisionado ou autoadministrado, solicitação de exames de controle e vigilância de contatos.

Capacidade básica também foi atribuída ao item Registro dos portadores de TB (VI.26) que incluía a lista de nomes, livro de registro de acompanhamento de pessoas com TB (livro verde) e livro de sintomáticos respiratórios. Isto indicou que pelo menos dois tipos de formulários eram preenchidos para cada paciente em tratamento e incluíam dados de identificação, forma clínica e exames realizados. Estes registros não eram informatizados.

Avisos e alertas para profissionais de saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc. (item VI.27), tais como identificação de casos novos na área e identificação de grupos vulneráveis, foram classificados com razoável capacidade por 68 (67,3%) sujeitos, o que demonstrou que os profissionais recebiam estes alertas, de forma não informatizada, e desenvolviam ações de monitoramento dos casos na área de abrangência.

Em se tratando do Retorno de informações, realizado pela Vigilância Epidemiológica e Coordenação do PCT, sobre o desempenho da US em relação ao controle da TB (item VI.28), obteve-se capacidade básica. Portanto, de acordo com a classificação, eram divulgados anualmente dados sobre o número de casos e exames de baciloscopia de escarro

realizados. Não obstante, 46 (45,5%) entrevistados referiram que não haver divulgação regular destas informações para as USs.

Tabela 7 – Descrição da Dimensão Sistemas de informação clínica por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
VI.25 – Prontuário clínico	5,7	2,1	101	Básica
VI.26 – Registro dos portadores de TB	5,9	2,4	101	Básica
VI.27 – Avisos e alertas para os Profissionais de Saúde emitidos pela Vigilância Epidemiológica, laboratórios, etc.	6,1	2,2	101	Razoável
VI.28 – Retorno de informações	3,9	2,7	101	Básica
VI.29 – Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito	6,0	2,2	101	Razoável
VI.30 – Plano de cuidado para os portadores de TB	5,8	1,7	101	Básica
Município	5,6	1,4	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	5,3	1,6	54	Básica
USF	5,9	0,9	30	Básica
UBS	6,0	1,7	11	Razoável
AR	6,5	0,0	1	Razoável
URS	6,1	0,6	5	Razoável
Função na Unidade				
Enfermeiro	5,9	1,2	22	Básica
Técnico em Enfermagem	5,8	1,4	21	Básica
Médico	4,7	1,4	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	5,6	1,4	41	Básica

Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

Informações sobre portadores de TB em risco para, abandono, falência e óbito (item VI.29), obteve razoável capacidade. Para 53 (52,4%) sujeitos, estas informações estavam disponíveis em outro serviço de saúde, geralmente no AR, e podiam ser obtidas quando solicitadas. Estas informações não se encontravam disponíveis de forma rotineira e informatizada.

O Plano de cuidados para portadores de TB (item VI.30) incluía a prescrição de medicamentos, pedidos de exames e orientações gerais de enfermagem. Segundo 58 (57,4%) profissionais, não havia participação do portador de TB no planejamento do cuidado. Além disto, o planejamento não estava disponível através de sistemas informatizados.

6.3.7 Classificação do desempenho dos componentes da dimensão Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB

A Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, dimensão VII, apresentou capacidade básica para o município, confirmada em 14 USs. Apenas 2 (12,5%) USs foram classificadas com capacidade razoável. Não houve diferenças na classificação entre os tipos de unidades, no entanto, entre os profissionais, os médicos classificaram com razoável capacidade e os demais profissionais com capacidade básica, Tabela 8.

Quanto à Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidados (item VII.31), foi atribuída capacidade básica por 38 (37,6%) participantes. Estes pontuaram que esta informação era passada através de orientações gerais sobre a tomada da medicação de forma verbal, reforçada por informação escrita. Não havia material educativo elaborado para cada plano de cuidados e nem registros em sistema informatizado.

Acerca da classificação dos Prontuários (item VII.32), obteve-se capacidade básica, indicando que havia o registro, não informatizado, do diagnóstico e medicamentos prescritos, incluindo avaliação do estado dos portadores de TB para o autocuidado. Cinquenta (49,5%) sujeitos referiram ainda que, no prontuário, havia também o registro das ações de enfermagem programadas e a classificação de risco do doente.

Capacidade limitada foi atribuída ao item Programas comunitários (VII.33), com média 1,0 (dp=1,9). Oitenta e cinco (84,1%) entrevistados afirmaram que os programas comunitários (ONGs, Centros comunitários, Igrejas, Pastorais, dentre outros) não estabeleciam comunicação com as USs. Apenas 11 (10,9%) apontaram para a existência esporádica de comunicação dos programas com as unidades sobre a situação de saúde dos portadores de TB em suas atividades.

Em relação ao Planejamento da atenção à TB na US em que o doente realiza o tratamento (item VII.34), a classificação obtida foi capacidade básica. Segundo 75 (74,2%) profissionais, o planejamento era registrado pela equipe de enfermagem que acompanhava os casos de TB na área da Unidade. Porém, não havia a utilização de dados do sistema de informação com base na identificação dos grupos vulneráveis.

No que se refere ao Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB (item VII.35) foi atribuída razoável capacidade por 81 (80,1%) entrevistados. De acordo com esta classificação, o monitoramento era realizado e registrado

por um profissional responsável pelo portador de TB seguido na US que disponibiliza, de forma não informatizada, aos membros da equipe dados relacionados ao tratamento supervisionado e resultados de tratamento.

Ao se considerar as Recomendações do MS para o controle da TB (item VII.36), 82 (81,1%) sujeitos atribuíram razoável capacidade às USs, pontuando que as recomendações eram fornecidas a todas as pessoas usuárias através de folhetos explicativos para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção da saúde.

Tabela 8 – Descrição da Dimensão Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB por tipo de serviço de saúde e função na Unidade de Saúde, Uberaba- MG, 2014.

Categoria de Análise	Média	Desvio-padrão	N	Classificação
Item				
VII.31 – Informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	4,8	2,5	101	Básica
VII.32 – Registros em Prontuários	5,8	2,1	101	Básica
VII.33 – Articulação com Programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc)	1,0	1,9	101	Limitada
VII.34 – Planejamento da atenção à TB na US que o doente realiza o tratamento	4,6	1,6	101	Básica
VII.35 – Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	6,6	1,9	101	Razoável
VII.36 – Recomendações do MS para o controle da TB	7,6	1,6	101	Razoável
Município	5,0	1,3	101	Básica
Tipo de Serviço de Saúde				
UMS	5,0	1,4	54	Básica
USF	4,9	1,0	30	Básica
UBS	5,5	1,4	11	Básica
AR	4,7	0,0	1	Básica
URS	5,9	0,7	5	Básica
Função na Unidade				
Enfermeiro	5,0	1,3	22	Básica
Técnico em Enfermagem	5,2	1,3	21	Básica
Médico	4,3	1,5	17	Básica
Agente Comunitário de Saúde	5,3	1,1	41	Básica

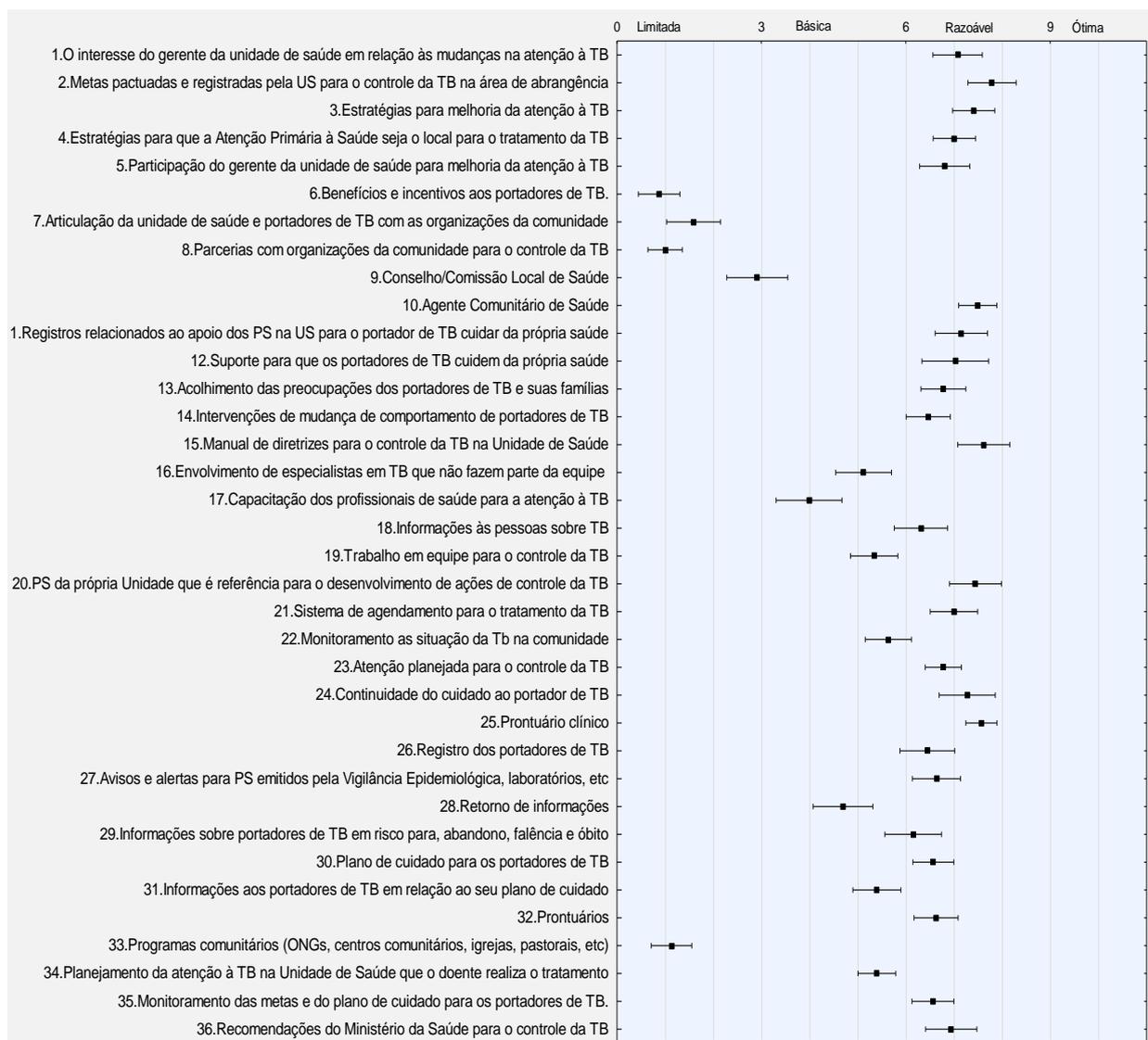
Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

6.4 CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO GERAL DO MUNICÍPIO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

No que se refere à estrutura e presença de recursos para a atenção à TB, ao levar em consideração as sete dimensões avaliadas, o município de Uberaba obteve média 5,1. Portanto, a classificação geral do município foi capacidade básica para atenção aos portadores de TB. A figura 1 apresenta os intervalos de confiança dos itens do questionário utilizados para avaliar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de TB no município de Uberaba.

Figura 1: Intervalos de confiança dos itens do questionário utilizados para avaliar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de TB, Uberaba, MG.



Interpretação dos resultados: média < 3 = capacidade limitada; $3 \leq$ média < 6 = capacidade básica; $6 \leq$ média < 9 = razoável capacidade e média \geq 9 = capacidade ótima

Fonte: Das autoras, 2014

7 DISCUSSÃO

A OMS enfatiza que a dimensão organizacional e de desempenho dos serviços de saúde, em se tratando da atenção à TB, é mais importante do que as formas de detecção e de tratamento dos casos de TB, pois afirma que o problema está na forma de organização dos serviços de saúde para detectar e tratar os casos de TB e não nas formas de detecção e tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; ARAKAWA, 2011). Nesta conjuntura, a avaliação dos serviços de saúde é essencial para dar suporte ao processo de tomada de decisão, constituindo-se um instrumento de gestão fundamental para apoiar os países no esboço, na implementação e na organização de serviços, levando sempre em consideração as características tanto do contexto dos serviços de saúde, bem como do contexto político, econômico e social dos atores envolvidos na prestação e recebimento dos serviços que fornecerão informações imprescindíveis para a realização de um julgamento de valor condizente com as necessidades de saúde da população (SILVA, 2013).

A avaliação realizada a nível local permite a detecção dos pontos fortes e fracos do programa de controle e os determinantes que impedem seu melhor desempenho. Nas USs, quanto maior o número de profissionais capacitados desenvolvendo as ações de controle da TB, mais efetivo será o desempenho desses serviços (BRASIL, 2010a). Neste cenário, foram entrevistados médicos (16,8%), enfermeiros (21,8%), técnicos de enfermagem (20,8%) e ACS (40,6%), considerados atores chaves no cenário da Atenção Primária e sujeitos de diversos estudos relacionados à avaliação dos serviços de saúde (PONCE et al., 2011; CASTRO et al., 2012; SILVA, 2013).

No que se refere ao tempo de atuação na US em que trabalhava no momento da entrevista, o ACS foi o profissional que apresentou o menor tempo médio de atuação na US. No município do estudo, o tipo de contrato de trabalho dos profissionais da ESF é temporário, o que pode estar relacionado a uma maior rotatividade destes sujeitos. Resultado adverso foi encontrado em pesquisa realizada no município de Ceará-Mirim, RN, que teve o ACS como o profissional com o maior tempo médio de serviço na unidade avaliada. O achado foi relacionado ao tipo de contrato de trabalho do ACS, naquele caso, concurso público, diferente dos demais profissionais (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Ainda quanto ao tempo de atuação dos profissionais na US abordado no presente estudo, obteve-se um tempo médio de atuação próximo de 4 anos, o que indica uma razoável continuidade dos profissionais nas US em que trabalhavam no momento da entrevista.

Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos (MOURA; RODIGUES; SILVA, 2003; FERRARI; THOMSON; MAELCHIOR, 2005; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; CASTRO et al., 2012). Já um estudo realizado em Fortaleza/CE em 2008, ao abordar o tempo de trabalho de profissionais das equipes de saúde da família nas USs, encontrou uma variação de sete meses a um ano (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A continuidade do profissional na US corrobora para a criação e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário, além da valorização do profissional no ambiente de trabalho, aperfeiçoamento das relações interpessoais e profissionais dentro da equipe e maior compreensão dos aspectos que permeiam a atenção à TB (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009; SILVA, 2013). Ressalta-se a importância desta permanência do profissional na US ser avaliada sobre o ponto de vista da identificação, credibilidade e satisfação do profissional com a ideologia do PSF na perspectiva de trazer melhorias para a qualidade de vida e saúde das populações adscritas (MOURA; RODIGUES; SILVA, 2003).

Souza et al. (2002) apontam para a necessidade da instituição de políticas de recursos humanos que promovam valorização social do trabalho dos profissionais que trabalham na área da saúde pública, com destaque para os que compõem as equipes da Saúde da Família, com vistas à promoção da continuidade desses profissionais nos serviços de saúde, evitando assim que a instabilidade os leve a procurar outras oportunidades de emprego o que, conseqüentemente, compromete e adia os compromissos e metas firmadas durante as gestões, diminuindo a qualidade da prestação de serviços à população. Em concordância com a necessidade supracitada, Medeiros et al. (2010) destacam que é preciso promover a desprecarização dos vínculos trabalhistas, principalmente por meio de concurso público e de um plano de cargos e salários que estimule os profissionais à qualificação para o trabalho na ESF e a permanecerem nas equipes.

Em relação à Organização da Atenção à Tuberculose no Município, pontos de estrangulamento foram encontrados no que concerne ao interesse do gerente da unidade em relação às mudanças na atenção à TB e participação deste para a melhoria da atenção. Estas fragilidades podem ser decorrentes da alta rotatividade destes profissionais nas USs, visto que, no município, tal função é provida por ato de livre nomeação e exoneração do Executivo (MINAS, 1994) e da formação dos profissionais nomeados para tal função pois não é exigido a formação específica em cursos da área de saúde. Estudos realizados com gerentes de USs pontuaram o desconhecimento destes profissionais em relação ao planejamento das ações de controle da TB, a pouca participação destes profissionais na discussão e definição destas ações, a responsabilização, por parte dos gerentes, dos coordenadores do PCT pelas ações

relacionadas à TB, a valorização da hierarquização descendente e burocratizada de organização dos serviços de saúde pelos gerentes e a desvalorização da problemática da TB por esses atores, fatores estes que demonstram fragilidades conceituais, tanto no que rege a política local, quanto da organização dos serviços de saúde e que dificultam o fortalecimento da gestão do cuidado à TB (PROTTI et al., 2010; TRIGUEIRO et al., 2011; TRIGUEIRO, 2011; BARRETO et al., 2012).

Outro achado alarmante referiu-se ao não incentivo do gerente quanto à identificação de portadores de TB na comunidade visto que, para interromper a cadeia de transmissão da TB é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. Sendo assim, a busca ativa em pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde para a descoberta desses casos (BRASIL, 2011b).

Para Raupp (2006), a capacidade de liderança dos gerentes das unidades de atenção primária é fundamental para desencadear, conduzir e sustentar os processos de atenção à saúde. Portanto, cabe a eles o desafio de conduzir os processos e as equipes de trabalho de modo a aumentar a efetividade e a qualidade dos serviços prestados à população. Os ajustes necessários para o alcance deste desafio fundamentam-se na capacidade gerencial de ordenar esforços das várias partes do sistema, controlar os processos e os rendimentos, avaliar os produtos finais e os resultados para a correção dos desvios detectados (TRIGUEIRO et al., 2011, TRIGUEIRO, 2011).

A continuidade da atenção é responsabilidade de todos os profissionais, porém, a articulação multiprofissional é de competência do gerente da US a partir da organização das ações de controle da TB, trabalhando em equipe com uma gerência imbuída de conhecimento local, ou seja, conhecimento das necessidades de saúde da população e, além disso, uma gerência que seja participativa no conselho gestor, nas tomadas de decisões (PROTTI, 2008; PROTTI et al. 2010). Segundo Balsanelli et al. (2011), se não houver pessoas a lhes definirem a visão e o propósito, a escolherem estruturas e estratégias, a realizarem os esforços de marketing, a administrarem recursos financeiros, a estabelecerem metas de produção e tomarem decisões, as organizações nada serão.

Outra fragilidade identificada neste estudo foi a quantidade insuficiente de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento das ações de controle da TB nas USs avaliadas. Estudos apontam que a carência destes recursos impede o fortalecimento da estratégia DOTS, dificulta a busca de sintomáticos respiratórios e fragmenta a assistência ao portador de TB, comprometendo a continuidade do tratamento e a resolutividade dos serviços (SILVA; D'AMARAL, 2011; CARDOZO-GONZALES, 2011; SILVA, 2013). Para serviços de saúde

com demanda que supera seus recursos e sua estrutura, a prestação de uma assistência centrada no paciente e que leve em conta suas singularidades e sua autonomia frente ao processo terapêutico pode se tornar tarefa difícil (ARAKAWA et al., 2011).

As estratégias para que a APS seja o local para o tratamento da TB representaram outro nó crítico na Organização da Atenção à TB no município. Tais estratégias, de acordo com o estudo, não estão articuladas ao Plano de Assistência do portador de TB, encontrando-se como atividade independente no trabalho da equipe. A consolidação da ESF como porta de entrada e local preferencial de tratamento do portador de TB tem como entraves, segundo diversos estudos realizados, a ausência de retaguarda laboratorial, atraso no resultado de exames, dificuldades no atendimento ao portador de TB, horário de atendimento limitado das USs, capacitação deficiente dos profissionais, centralização e à hierarquização do processo de informação da área técnica de TB da Secretaria Municipal de Saúde para as USF, baixa densidade tecnológica, atraso no diagnóstico, falta de reconhecimento da ESF pela população como local de diagnóstico e tratamento para a TB e preocupação dos portadores de TB em serem reconhecidos como doentes de TB na comunidade que os leva a resistir ao tratamento na US da AB (BARRÊTO et al., 2012; PALHA et al., 2012; SILVA, 2013; PONCE et al., 2013). Neste sentido, mudanças na oferta de radiografia em serviços próximos ao paciente, horários compatíveis com o turno de trabalho, profissionais treinados para identificação precoce dos casos de TB e recursos materiais disponíveis para o diagnóstico poderão melhorar o acesso ao diagnóstico de TB e, assim, contribuir com o controle desta doença na AB (LOUREIRO, 2014). Além disto, a divulgação do conceito de sintomático respiratório e dos locais de diagnóstico da TB e o desenvolvimento de estratégias participativas de educação em saúde são outros fatores que auxiliam na captação de casos e, conseqüentemente, no efetivo controle da doença.

A UPA, em diversos estudos, apareceu como o primeiro serviço de saúde procurado pelo portador de TB ao perceber os sintomas da doença (BERALDO et al., 2012; BRUNELLO, 2013; WYSOCKI et al., 2013; PONCE et al., 2013). Esta escolha poderia estar pautada nas experiências prévias dos usuários, bem como em aspectos organizacionais (disponibilidade imediata de consultas médicas/exames diagnósticos e horário de funcionamento) e culturais (crença em uma maior resolutividade dos serviços dispõe de maior densidade tecnológica) (ANDRADE et al. 2013; PONCE et al., 2013; LOUREIRO, 2014).

Em contrapartida, pesquisa realizada em Vitória/ES, município considerado prioritário pelo MS para o controle da TB, demonstrou que o primeiro tipo de Serviço de Saúde mais procurado pelo doente quando começou a perceber os sinais e sintomas da doença foi a AB

com 38/101 (37,6%). Todavia, apenas 36,8% destes doentes obtiveram o diagnóstico no mesmo local procurado, sendo a Unidade de Referência do PNCT o serviço de saúde que mais diagnosticou a TB entre os doentes entrevistados com 62/101 (61,3%) (LOUREIRO et al., 2014).

Apesar de garantir um atendimento mais oportuno, o modelo da UPA responde apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos, não possibilitando o seguimento, a criação do vínculo, a coordenação da atenção, a territorialização ou orientação comunitária que constituem atributos da APS e condições essenciais para o controle da TB. Portanto, se faz necessário o fortalecimento dos serviços da atenção primária como porta de entrada preferencial resolutiva integrada à RAS, com referências reguladas para a atenção especializada, no intuito de se reorientar a organização do sistema de saúde de modo a garantir o direito universal à saúde. Isto se torna possível na medida em que a ESF seja assumida como política de governo, esforços sejam envidados para a integração da rede assistencial, formação de recursos humanos adequados, e a construção de interfaces a fim de promover a cooperação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais mais gerais da saúde (GIOVANELLA et al., 2010).

Trigueiro (2011) defende que, o fato de se apresentar prioritariamente como opção ideal à obtenção do cuidado, não faz da AB prerrogativa de uso, pois, no processo de utilização de serviços de saúde, a vontade do cliente em buscar um tipo específico de serviço envolve uma série de determinantes sociais, culturais e clínicos, o que demonstra a importância da acessibilidade enquanto instrumento capaz de conferir direcionalidade à formulação de estratégias eficazes no combate à doença e ocasionar mudanças na prática de cuidados pelas equipes de saúde da família.

A existência de Metas pactuadas e registradas pela US para o controle da TB na área de abrangência e a revisão e acompanhamento periódico das mesmas, identificados neste estudo, constituiu um fator positivo para o alcance do sucesso das ações de controle da TB. Para análise dos resultados das ações é realizada a avaliação da eficácia das medidas, verificando-se o impacto esperado. No entanto, se não há incorporação destas metas no planejamento da unidade, fator referido na presente pesquisa, há um déficit no monitoramento dos resultados das ações implementadas que permitiriam a determinação dos fatores responsáveis, ou não, pelo alcance das metas pactuadas (PROCÓPIO, 2008).

No que se refere às metas pactuadas a nível global, de acordo com a OMS, o Brasil já alcançou, com os dados do ano de 2010, a meta de um dos objetivos da estratégia *Stop TB*, reduzir pela metade até 2015 a taxa de mortalidade para TB em relação a 1990 (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2012). Foi possível reduzir o número de óbitos da doença na população, mas ainda não foi possível alcançar a meta em relação à cura (85%). Em 2010, o Brasil, juntamente com outros sete países de alta carga apresentou um dos menores percentuais de cura para os casos novos bacilíferos (74%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A maior parte dos sujeitos deste estudo pontuou que, apesar de existirem estratégias para melhoria da atenção à TB na unidade, elas somente são utilizadas quando surgem problemas e não na prevenção destes. Estas estratégias correspondem à oferta de tratamento supervisionado, flexibilidade de horário do tratamento supervisionado, prioridade no atendimento, atividades educativas, facilidade de agendamento, dentre outras e corroboram a maior adesão do portador de TB ao tratamento, pois, segundo vários estudos, a dificuldade de marcação de consultas, a demora no atendimento, a limitação do horário de funcionamento da unidade, a ausência de interação entre a equipe e o portador de TB e a não oferta do TDO são fatores que dificultam a adesão ao tratamento, podendo culminar no abandono deste (NEVES; REIS; GIR, 2010; SASSAKI, 2010; RODRIGUES, 2010; PALHA et al., 2012).

No presente estudo destacou-se presença do TDO em todas as USs avaliadas, o que representa uma potencialidade para o controle da TB. O TDO é o momento em que o profissional de saúde cria a oportunidade para transmitir ao paciente a importância do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada e a aproximação dos profissionais do contexto social dos doentes (OLIVEIRA, 2013). Diversas pesquisas observaram que o TDO representou um fator protetor para o abandono do tratamento, reduzindo as taxas de abandono e melhorando as taxas de cura (NEVES; REIS; GIR, 2010; VIEIRA; RIBEIRO; 2011; ISHIKAWA; NAGAYANA, 2012; OLIVEIRA et al., 2013). Em contrapartida, uma pesquisa realizada no Paraná não obteve demonstração estatística que o TDO constitui fator protetor para o não abandono do tratamento (FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2012). Em outro estudo realizado no Rio de Janeiro, foi referido pelos profissionais, sujeitos do estudo, certo desconforto com a imposição do TDO. Do ponto de vista destes, a incorporação do TDO, enquanto uma norma, não deveria ser igual para todos, apesar da preconização desta intervenção para todos os usuários com TB. A padronização dos dispositivos poderia ser substituída por um tratamento “sob medida” para cada usuário. Nesse caso, ocorreria a aproximação dos aspectos sociais e contextuais à dimensão técnica das práticas em saúde (CARDOSO, et al., 2012).

A partir do delineamento epidemiológico traçado por diversos estudos, nacionais e internacionais, percebe-se a maior incidência e prevalência da TB em indivíduos com baixa

renda, baixa escolaridade e que vivem, muita das vezes, em situação de extrema pobreza (SASSAKI, 2010; ARCÊNCIO et al., 2011; MAHOMED et al., 2011; BRAGA, 2012; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013; BHUTTA et al., 2014).

Sendo assim, a acessibilidade do portador de TB aos serviços de saúde se mostra deficiente. Esta representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e os da população, no processo de busca e obtenção da atenção, indo além da abrangência do conceito de acesso, pois não se restringe à mera disponibilidade de recursos em um determinado momento/lugar ou apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas sim à obtenção de todos os meios, mecanismos e tecnologias que facilitam ou promovam o alcance dos doentes a esses serviços, sem ônus ou custos ao paciente, família e comunidade através da intervenção nas barreiras organizacionais (ARAKAWA, 2011; ARCÊNCIO et al., 2011).

Benefícios e incentivos devem ser oferecidos ao paciente em TDO no intuito de melhorar a acessibilidade deste aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento e redução do abandono deste (BRASIL, 2011b). Tais facilitadores poderiam ser vale-transporte, cesta básica, lanches, café da manhã, entre outros. Não obstante, no presente estudo verificou-se a maior limitação, dentre todos os componentes avaliados, no que concerne a disponibilidade destes benefícios e incentivos. Segundo os resultados desta pesquisa, estes são quase inexistentes no município. Arcêncio et al. (2011), ao abordarem as barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da TB, também identificaram uma carência de recursos materiais, relativos ao transporte e alimentação, em estudo realizado no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo.

Em pesquisa desenvolvida em Adis Abeba, capital da Etiópia, além do estigma da TB, da comunicação ineficiente com os profissionais de saúde e das precárias condições sócio-econômicas, a falta de comida ou a ingestão inadequada de nutrientes foi apontada pelos pacientes como uma barreira ao tratamento da TB. Foi relatado que os efeitos colaterais das medicações ingeridas são mais severos quando há uma alimentação inadequada, fator que gera a descontinuidade do tratamento (GEBREMARIAM; BJUNE; FRICH, 2010).

Ainda neste âmbito, um estudo realizado no Peru avaliou o impacto dos custos do tratamento da TB, referentes às despesas diretas (medicações, exames, transporte, alimentação, dentre outras) e ao rendimento perdido (renda perdida pelo paciente devido à doença ou relacionado ao tempo de trabalho perdido devido ao tratamento), para os portadores da doença e suas famílias. O resultado obtido foi classificado como custos catastróficos visto que estes representaram um valor igual ou maior a 20% do rendimento anual para 39% das famílias avaliadas (WINGFIELD et al., 2014).

Estudos brasileiros ratificaram os achados anteriores ao encontrar fatores de ordem sociocultural como entraves à continuidade do tratamento da TB, sendo estes o estigma, pobreza, a não aceitação da doença, impossibilidade de faltar ao emprego para comparecer ao serviço de saúde, impossibilidade de pagar meios de transporte para comparecer às consultas, entre outros (ARCÊNCIO et al., 2011; BRAGA, 2012; CARDOSO et al., 2012).

Wingfield et al. (2014) ressaltam que, mesmo quando o tratamento da TB é gratuito, há custos adicionais que representam um indicador de vulnerabilidade financeira e clínica, pois podem agravar a pobreza e refletir negativamente na saúde dos portadores de TB e suas famílias. Nesse sentido, reduzir a pobreza, defendendo maior equidade de acesso aos serviços de saúde e eliminando os custos com o tratamento da TB para os portadores da doença e suas famílias, são estratégias chave para o alcance de melhores resultados no controle da TB (WINGFIELD, 2014). Com efeito, a TB deve ser considerada não apenas do ponto de vista clínico, mas também socioeconômico, devendo as estratégias de controle da doença abarcar intervenções sociais, tal como o fornecimento de benefícios e incentivos aos portadores de TB e suas famílias, com vistas à diminuição das taxas de abandono do tratamento, aumento das taxas de curas, melhora da adesão ao tratamento e, por conseguinte, diminuição dos gastos dos serviços de saúde com o tratamento da doença (VIEIRA; RIBEIRO; 2011; CARDOSO et al., 2012, WINGFIELD, 2014).

Ao se considerar a articulação das USs com as organizações da comunidade e a realização de parcerias entre elas para o controle da TB, identificou-se um ponto extremamente crítico da atenção à doença no município, pois as USs, em sua quase totalidade, não possuem nenhuma ligação com as organizações comunitárias. A ausência de interface entre comunidade e serviço de saúde para o controle da TB compromete a promoção da saúde na medida em que esta, na sua própria definição, considera a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida (BRASIL, 2006b). Esta capacitação requer a criação de mecanismos de mobilização e participação, com os vários movimentos, organizações e grupos sociais organizando-se em rede (BRASIL, 2006b).

Curto et al. (2010), em estudo realizado em Ribeirão Preto, também identificaram a precariedade da interação entre as USs e os recursos da comunidade em relação à TB e ressaltaram que a sociedade civil não precisa apenas ser esclarecida sobre a doença, mas, também, da sua corresponsabilidade social no controle da mesma.

O MS enfatiza a necessidade das ações programáticas de saúde e a oferta organizada dos serviços serem articuladas a outras ações setoriais, aliadas a políticas públicas

intersetoriais ou transeitoriais e exemplifica algumas estratégias de promoção da saúde que podem ser desenvolvidas na AB no contexto da TB, dentre elas: capacitação de lideranças comunitárias, motivação de lideranças comunitárias para o problema da TB, promoção da cidadania a partir do desenvolvimento de parcerias entre lideranças e organizações comunitárias no sentido de discutir, planejar e executar ações intersetoriais para a melhoria das condições de saúde e vida da população, realização de parcerias com ONGs e com outras instituições governamentais na área de desenvolvimento social para viabilizar formas de atendimento das demandas sociais dos portadores de TB e divulgação de informações sobre TB nas escolas, nas igrejas, nos serviços de saúde e na comunidade, favorecendo as atitudes positivas de saúde e o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2011b).

Algumas iniciativas têm sido tomadas no sentido de mobilizar os governos, as organizações e a sociedade civil para o controle da TB. Efetivamente, em 2004 foi criada a Parceria Brasileira Contra a Tuberculose, uma rede de parceiros, que tem como objetivo reforçar e apoiar os meios para concretizar as principais metas estabelecidas pelo PNCT, em 2007 deu-se início ao Projeto Fundo Global no Brasil, abrangendo 57 municípios e cuja estratégia de fomentar a criação de comitês metropolitanos para o acompanhamento das ações nas regiões onde está sendo executado contribuiu para uma crescente sensibilização de organizações da sociedade civil no combate à TB e foram realizados inúmeros seminários regionais e nacionais, envolvendo conselheiros de saúde, organizações da sociedade civil e lideranças comunitárias de diferentes movimentos sociais engajados na luta contra a TB (BRASIL, 2010b, 2011b). O PNCT considera que a adoção da estratégia CAMS (Comunicação e Saúde, Advocacia e Mobilização Social), é fundamental nos planos estratégicos dos programas de controle da TB no Brasil haja vista que amplia o alcance das ações destes programas, contribuindo para a realização do diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, combate ao preconceito e à discriminação às pessoas com TB, e fortalece a participação da comunidade nas instâncias formais de controle social (BRASIL, 2011b).

Em pesquisa realizada em Lima, no Peru, um grupo multiprofissional identificou as barreiras socioeconômicas para o controle da TB através de entrevistas com famílias atingidas pela doença e realizou intervenções sociais nas comunidades destas famílias com o objetivo de reduzir tais barreiras. Os principais mecanismos de intervenção foram visitas domiciliares, oficinas quinzenais de mobilização comunitária e outras oficinas com objetivos específicos, principalmente, de geração de renda e parcerias com organizações existentes na comunidade para conectá-las àquelas famílias. As intervenções resultaram no engajamento das famílias atingidas pela TB na sociedade civil ativa e em melhorias marcantes na identificação de

contatos, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da TB, fortalecendo as ações de controle da doença (ROCHA et al., 2011).

Para a utilização dos recursos da comunidade, é fundamental a participação popular nos espaços decisórios referentes às políticas sociais. Nesse sentido, destaca-se o papel fundamental do controle social por meio dos Conselhos de Saúde (CS) (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012). Estes representam um órgão permanente e deliberativo do SUS que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990). O Controle Social, por sua vez, representa o processo no qual a população participa, através de representantes, da definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, as políticas do governo (DUARTE; MACHADO, 2012). Todavia, Van Stralen et al. (2006) pontuam que os CS não devem funcionar apenas como instâncias de controle social, mas também como espaços de expressão de demandas e expectativas dos vários segmentos que os compõem posto que têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde e na reformulação das relações dos atores envolvidos na prestação da desta atenção.

Apesar da existência do Conselho Local de Saúde (CLS) na maioria das USs avaliadas por este estudo, constatou-se que tais órgãos não participavam das decisões relativas à TB na US o que confirma a dificuldade dos CS em deliberar de forma instruída sobre a gestão da saúde no seu âmbito encontrada em outros estudos (MOREIRA, 2009, ROCHA, 2011; JORGE; VENTURA, 2012). Pesquisa realizada em uma US em Porto Alegre/RS verificou que, apesar da existência do CLS na unidade, havia pouca participação tanto da comunidade quanto dos profissionais da unidade estudada nas reuniões do órgão. Além disso, a atuação dos conselheiros refletia uma formação político-partidária, apontando para a necessidade de investimento numa formação que tenha como eixo estruturante os princípios e diretrizes do SUS e voltada às políticas de saúde (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012).

Constituem obstáculos para a consolidação dos CS, além da deficiente formação dos conselheiros supracitada: a tendência de menor participação dos integrantes do segmento usuários, dependência dos Conselhos em relação à estrutura operacional das Secretarias de Saúde e o alto grau de controle pelos governos municipais, falta de divulgação das deliberações dos CS e baixa eficácia nas deliberações. Destarte, a ampliação das ações dos conselheiros nos aspectos macro-políticos do sistema de saúde através de investimento na capacitação destes sujeitos, a difusão de informações sobre sua atuação, a democratização dos seus espaços e o fortalecimento da participação dos usuários se faz mister para que os CS se

consolidem e sejam eficientes, eficazes e efetivos na condução da política pública de saúde (DUARTE; MACHADO, 2012; MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012; JORGE; VENTURA, 2012).

Com os CS desempenhando efetivamente seu papel e com participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando, poderá ser alcançado o direito à saúde integral e universal do cidadão. Apreende-se, neste sentido, que a saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção, quais sejam, usuários, movimentos sociais, organizações da comunidade, trabalhadores da Saúde e gestores dos diversos setores, na análise e na formulação de ações que visem a melhoria da qualidade de vida, traduzindo-se numa responsabilidade compartilhada para o alcance do sucesso das ações em saúde (BRASIL, 2006b, CURTO et al., 2010).

Tendo em conta as funções de reestruturação da saúde, fiscalização das políticas públicas de saúde, acolhimento das demandas da comunidade e da US e fortalecimento da participação comunitária, percebe-se o papel ponderoso do CLS no êxito das ações de controle da TB e a necessidade da realização de estudos que explorem mais profundamente a relação entre este órgão e a gestão da TB, com vistas à identificação e transposição das barreiras que impedem a atuação efetiva do CLS no manejo da doença.

Ainda no campo da participação comunitária nos espaços dos serviços de saúde, salienta-se a importância dos trabalhadores de saúde como mediadores da participação da população na formulação, execução, fiscalização e avaliação das práticas de saúde (MIELKE; COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2012). Dentre estes trabalhadores, destaca-se o ACS, posto que é o único trabalhador da equipe de saúde da família que tem por obrigação residir na área de abrangência da US, o que o permite o compartilhamento por este de um mesmo contexto social, cultural e mesmo universo linguístico da comunidade que assiste. Com efeito, esta posição representa um facilitador da instituição do vínculo deste profissional com os usuários de saúde e do processo de trabalho em saúde deste sujeito, tornando-o um importante elo entre a comunidade e os serviços de saúde (DANTAS et al., 2011).

O ACS, no âmbito da APS, tem como atribuição precípua, dentre outras, o desenvolvimento de ações que promovam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à ESF, atuando no sentido da promoção da saúde e prevenção das doenças, de acordo com as demandas levantadas pelo contato permanente com as famílias (BRASIL, 2006a; FRAGA, 2011).

No presente estudo constatou-se a existência do ACS em todas as unidades abordadas, representando um ponto positivo para a o êxito das intervenções relacionadas à TB uma vez que, conforme demonstra diversos estudos, este profissional desempenha um papel primordial nas ações de controle da doença já que auxilia no seu diagnóstico precoce, através da busca ativa de sintomáticos respiratórios; no tratamento pela participação nas ações de supervisão da ingestão de medicações e na educação em saúde por meio do fornecimento de orientações e informações referentes à doença aos portadores de TB, comunicantes e demais usuários (DANTAS, 2011; FRAGA, 2011). Por outro lado, apesar de estar incorporado às atividades ligadas à TB e articulado com a equipe de saúde, apurou-se a ausência de interação do ACS com os recursos existentes na comunidade (ONGS, Pastorais, Igrejas, Centros Comunitários, etc.). Esta fragilidade também foi percebida em estudo realizado em um município de São Paulo (SCATOLIN et al., 2014) e reforça a necessidade da busca por uma maior articulação do ACS com os equipamentos sociais, visando a ampliação do alcance e a efetividade das ações relacionadas à TB.

Outro ponto importante para o êxito das ações de controle da TB é o autocuidado. Orem (2001) define que o autocuidado representa um somatório de ações que visam promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde e que são desenvolvidas pelo ser humano de modo consciente, em seu benefício. Souza e Silva (2013) enfatizam que, quando o indivíduo adquire um hábito positivo em relação à sua doença, ele migra do grau de desinformação e, dependendo do seu desejo de querer mudar ou agir, ele pode tornar-se atuante no processo de transformação, melhorando o processo saúde-doença e sua qualidade de vida. O desenvolvimento de habilidades pelo portador de TB para o manejo da enfermidade é primordial visto se tratar de uma doença infectocontagiosa que exige cuidados permanentes para manutenção de sua qualidade de vida (SOUZA; SILVA, 2013). Com o objetivo de empoderar os portadores de TB e suas famílias para o manejo adequado das demandas trazidas pela doença, os serviços de saúde devem desenvolver atividades no sentido de capacitar o portador de TB e seus familiares para o cuidado de si.

A presente pesquisa identificou que o apoio ao autocuidado nas unidades avaliadas apresenta pontos críticos, dentre eles, a limitação do suporte ao cuidado de si ao fornecimento de informações escritas (folders, cartazes, panfletos, etc). Sá et al. (2013) destacam que as práticas educativas no âmbito da TB são realizadas em campanhas ou em função do aumento do número de casos da doença e que os serviços de saúde priorizam a educação em saúde em função do agravo que mais incide no território no momento, resumindo as intervenções à distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras esporádicas. Percebe-se,

portanto, uma abordagem da educação em saúde reducionista que se mostra pouco eficiente na mobilização dos sujeitos e implica negativamente na construção do cuidado, refletindo o modelo de atenção pautado em práticas curativistas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença (ALVES; AERTS, 2011; SÁ et al., 2013).

Segundo Alves e Aerts (2011), as práticas educativas nos serviços de saúde não se preocupam com a criação de vínculo entre os trabalhadores em saúde e a população, mas obedecem a metodologias tradicionais. Sendo assim, tais práticas não devem ser centralizadoras, restringindo-se à prescrição de comportamentos, mas devem levar em conta a particularidade e necessidades dos sujeitos envolvidos e incluir intervenções que promovam a efetiva mobilização social em prol de mudanças positivas nos estilos de vida adotados (ALVES; AERTS, 2011; SÁ et al., 2013). A exemplo, um estudo realizado em Santa Catarina com portadores de TB, adotou a proposta de Grupos de Convivência para educação em saúde e percebeu, nesta experiência, que desenvolver uma prática educativa em grupo é favorável e permite que as pessoas ampliem a compreensão de sua doença, tanto no que diz respeito aos aspectos clínicos como também dos aspectos políticos e do processo de viver com a TB (SOUZA; SILVA, 2007).

Outra fragilidade identificada pelo presente estudo quanto ao apoio ao autocuidado foi relacionada ao acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias, pois foi observado que as demandas apresentadas por estes sujeitos, em sua maioria, não eram solucionadas dentro da própria US, sendo necessário o encaminhamento destes indivíduos para profissionais e serviços especializados. Alves et al. (2012), em estudo realizado na Paraíba, confirmaram esta deficiência na resolutividade das USs da família em relação às necessidades dos portadores de TB e pontuaram que a transferência de responsabilidade do cuidado ao doente de TB aos serviços de tecnologias duras, interfere negativamente na integralidade do cuidado prestado pelos serviços da APS. O acolhimento adequado ao usuário nos serviços da AB previne o abandono do tratamento da TB (BRAGA et al., 2012), além disso, a escuta qualificada das demandas do usuário deve ser praticada e valorizada pelos profissionais para que os portadores de TB e suas famílias se sintam cuidados e acolhidos considerando o contexto em que vivem essas pessoas, permeado de exclusões e estigmas (QUEIROZ et al., 2012).

Ainda na questão do apoio ao autocuidado, pontos positivos foram percebidos na presente pesquisa no que concerne aos registros relacionados ao apoio dos profissionais da US para o portador de TB cuidar da própria saúde, visto que tais registros existiam e eram

realizados de maneira padronizada nas unidades e às intervenções de mudança de comportamento (parar de fumar, beber e/ou usar drogas), que eram alcançadas por meio de encaminhamentos a Centros Especializados. Estas intervenções no estilo de vida dos indivíduos com TB são de suma importância pois, de acordo com diversos estudos, o etilismo, o uso de drogas e o tabagismo são variáveis que estão associadas agravamento da TB e ao abandono do tratamento da doença (RODRIGUES et al., 2010; BRASIL, 2011b; BRAGA et al., 2012; FURLAN; OLIVEIRA; MARCON, 2013; SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

É premente considerar que, para que as pessoas possam modificar seus estilos de vida através de escolhas mais saudáveis, é necessário que haja uma interação entre a informação recebida, a teoria, e o seu contexto de vida, além de uma relação de confiança e vínculo destes sujeitos com a equipe de saúde, sendo essencial, neste caso, a prática da educação em saúde participativa, que insira o usuário como sujeito ativo na busca pela construção do próprio cuidado já que isto promove reflexão e discussão das situações de saúde, levando à tomada de consciência que conduz a um melhor enfrentamento das situações vivenciadas (SOUZA; SILVA, 2007; ALVES; AERTS, 2011).

O manejo efetivo da TB também envolve estratégias que permitam aos trabalhadores da saúde ter acesso às informações baseadas em evidências para apoiar as tomadas de decisões na atenção aos usuários. Estas estratégias incluem protocolos, diretrizes, participação de especialistas em TB na atenção primária, capacitação dos trabalhadores e envolvimento de toda comunidade para o controle da doença. Como potencialidade do suporte à decisão destacou-se nas unidades avaliadas a disponibilidade do Manual de diretrizes para o controle da TB. Apesar disto, foi referido que o uso deste está limitado aos momentos de capacitação dos trabalhadores da saúde, o que indica a necessidade do uso mais frequente do manual pela equipe de saúde, integrando-o à prática cotidiana da TB posto que este possui suma importância para a melhoria das atividades de prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento dos casos de TB e para a organização dos serviços de saúde do SUS, em especial os da AB (BRASIL, 2011c). A não utilização dos protocolos nas ações referentes à TB foi identificada como uma das falhas da organização da atenção à TB em estudo realizado em Porto Alegre (CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012).

O MS ressalta a importância da elaboração de protocolos locais de atendimento, regulamentados pelo gestor municipal e baseados nas diretrizes definidas pelo órgão, para a garantia da sistematização, continuidade e resolutividade das ações referentes à TB, contemplando as especificidades locais e a dinâmica de trabalho da US e equipe. A

formulação destes protocolos requer a discussão conjunta e o consenso da equipe envolvida no cuidado (BRASIL, 2011c).

Outra potencialidade encontrada foi quanto ao fornecimento de informações sobre TB para as pessoas. Nos serviços avaliados, as equipes de saúde fornecem tais informações a todos os usuários, incluindo a responsabilidade de cada indivíduo nas ações de prevenção e tratamento da doença. A informação é fator imprescindível para a adesão ao tratamento pelos portadores de TB e para uma mobilização social efetiva no manejo da doença, uma vez que, promove o conhecimento das pessoas acerca deste agravo e dos mecanismos para seu controle e tratamento, adequando-as a um novo estilo de vida saudável (SOUZA; SILVA, 2013).

Por outro lado, a capacitação dos trabalhadores da saúde para a atenção à TB e o envolvimento de especialistas em TB de outras unidades no apoio às equipes da atenção primária foram considerados fragilidades do suporte à decisão no município. Referiu-se que a educação permanente das equipes era, em grande parte, realizada esporadicamente e com métodos tradicionais de educação (aulas, seminários, etc). Estudos demonstram que a ausência de capacitação ou capacitação deficiente dos trabalhadores da saúde, encontradas nos serviços de saúde da atenção primária, configura barreira para a promoção da educação em saúde dos usuários, para a consolidação da ESF como local de tratamento da TB e para a formulação de estratégias efetivas para o cuidado (SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNCIO, 2012; SILVA, 2013; SÁ et al., 2013). Sá et al. (2013) pontuam que a falta de habilidade dos profissionais para desenvolver atividades educativas está, estreitamente, vinculada à qualificação profissional permanente e que esta se mostra insatisfatória nos serviços de saúde. Pesquisa realizada em Natal/RN com ACS identificou que 8,2% destes sujeitos nunca haviam participado de treinamento relacionado à TB (DANTAS et al., 2011). De outra forma, em pesquisa realizada em Teresina/PI, quanto à capacitação específica para atuar no PCT, 86% dos profissionais entrevistados relataram ter sido capacitados e 69,5% que a capacitação recebida foi suficiente para realizar as ações de controle da TB (SÁ et al., 2013).

Silva (2013) ressalta que a capacitação permite aos profissionais a identificação de falhas, dificuldades na operacionalização das ações de controle da TB, correções e aprimoramento de habilidades adquiridas e que é responsabilidade da gestão municipal e do MS estimular e viabilizar a qualificação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família visto que, para que ocorram práticas educativas geradoras de mudanças, é necessário que os trabalhadores de saúde estejam firmados na intersecção de saberes.

A capacitação dos trabalhadores das equipes de saúde da atenção primária está intimamente ligada à participação de especialistas em TB das unidades de referência nas

atividades relativas ao controle da doença pelas equipes. O MS frisa que o intercâmbio entre os profissionais da AB e da referência deve ser estimulado e facilitado pelas coordenações municipais, regionais e estaduais, incluindo a discussão periódica de casos (BRASIL, 2010a). Contudo, nas unidades avaliadas o envolvimento dos especialistas com a equipe da AB ocorria esporadicamente por meio das solicitações das USs e não havia a discussão de casos entre aqueles profissionais. De acordo com Campos e Domitti (2007), o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes e depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe e os especialistas que oferecem aquele apoio. Em estudo realizado em grandes centros urbanos do Brasil, o apoio de especialistas aos profissionais de APS por meio de interconsultas, discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar como referência, foi uma das inovações implementadas com objetivo de organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de APS (ALMEIDA et al., 2010).

Ao se considerar o trabalho em equipe para o controle da TB, obteve-se resultado satisfatório visto que, segundo a maioria dos entrevistados, aquele é assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro (equipe de enfermagem, médico e ACS) e nos problemas que surgem. Porém, foi referido não haver reuniões regulares com outros membros da equipe (dentista, psicólogo, assistente social, dentre outros), demonstrando que é preciso envolver os demais profissionais da equipe de saúde no atendimento das demandas dos portadores de TB com vistas a assegurar a integralidade e efetividade da atenção prestada. Com efeito, a continuidade da assistência pelas diferentes categoriais profissionais é fundamental para a obtenção da cura da TB (RODRIGUES et al., 2010). Neste intuito, o trabalho realizado em equipe por vários profissionais (médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, psicólogo) deve estar organizado e estruturado para o atendimento dos portadores de TB e suas famílias a fim de representar fator de estímulo para adesão do paciente ao tratamento da doença (NEVES; REIS; GIR, 2010; RODRIGUES et al., 2010). Para Sá et al. (2012), no trabalho em equipe as diferenças técnicas expressam a possibilidade dos distintos saberes contribuírem para a divisão do trabalho que deve estar voltado à melhoria do cuidado prestado.

A priorização do atendimento médico em detrimento da atuação multiprofissional junto ao portador de TB e suas famílias, por outro lado, é uma falha identificada por vários estudos nos serviços de saúde da AB que interfere negativamente na gestão efetiva do cuidado (RODRIGUES et al. 2010; CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012). Na visão de Santos, Nogueira e Arcêncio (2012), o desenvolvimento de ações referentes à TB está associado à

categoria profissional de quem as realiza sendo crucial, portanto, que cada membro da equipe conheça suas reais atribuições dentro do PCT com o objetivo de oferecer um cuidado mais integral e, assim, maior chance de resolutividade de suas ações. Para Silva (2013), a fragilidade do envolvimento de toda a equipe no atendimento ao portador de TB pode estar relacionada à carência quanti-qualitativa de recursos humanos e pela rotatividade dos profissionais dentro dos serviços de saúde de AB, gerando sobrecarga de trabalho e fragmentação da atenção.

Monroe et al. (2008), em estudo realizado no estado de São Paulo, em municípios prioritários para o controle da TB, relacionou ainda a fragilidade supracitada ao contexto desfavorável vivenciado pelas equipes de saúde da AB, no qual paira o despreparo destas equipes, cujas práticas são operadas seguindo o modelo fragmentado que privilegia a atenção às condições agudas.

Observou-se um nó crítico quanto à existência de um profissional de referência para o desenvolvimento das ações do PCT. Nas unidades avaliadas este profissional não é definido, pois as ações são desenvolvidas por toda a equipe sem uma sistematização. Esta situação tem reflexo negativo na continuidade da assistência visto que, na ausência de um profissional responsável pelas ações do PCT, as ações se tornam fragmentadas prejudicando a adesão do portador de TB ao tratamento e o alcance de uma assistência integral. Ao contrário, quando a atenção é centrada em um profissional de saúde torna-se possível um melhor reconhecimento de suas necessidades/problemas, possibilitando um manejo terapêutico mais adequado (SÁ et al., 2012). Resultado adverso ao encontrado na presente pesquisa foi obtido por alguns estudos nos quais o enfermeiro destacou-se como o profissional de referência para as ações de controle da TB (SILVA, 2013; SCATOLIN et al., 2014). Para Oblitas et al. (2010), é o profissional da enfermagem, através do planejamento de intervenções integrais (políticas, econômicas e sanitárias), quem deve assumir o papel de protagonista na prevenção e controle da TB,

O agendamento de consultas nas unidades da AB para o portador de TB constituiu uma falha encontrada na prestação dos serviços já que os resultados demonstraram que este agendamento ocorre, majoritariamente, nas situações de intercorrências por meio da demanda espontânea. Este achado pode estar relacionado à transferência de responsabilidade pelo acompanhamento periódico do tratamento do portador de TB para o AR dado que, no município estudado, é este serviço que, na maior parte dos casos, realiza a prescrição medicamentosa e o seguimento periódico dos usuários em tratamento da doença, caracterizando a realização da modalidade compartilhada do TDO. Resultado semelhante, no que se refere ao acompanhamento dos casos de TB pelas unidades de referência, foi

encontrado em estudo realizado em seis municípios do estado de São Paulo (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012). Estes achados contrariam as recomendações do PCT, visto que para aumentar o vínculo com o paciente é preconizado que seu acompanhamento aconteça pelas equipes das unidades de origem, sendo esta uma importante estratégia para o controle da doença (BRASIL, 2011b; CALIARI; FIGUEIREDO, 2012). Ademais, o acompanhamento clínico mensal é essencial para a identificação de queixas e de sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos e a detecção de manifestações adversas com seu uso (BRASIL, 2011c).

Oliveira et al. (2011) salientam que a forma de organização dos serviços de saúde no âmbito local, o qual tem privilegiado a lógica na atenção à demanda espontânea em detrimento da organização sob o prisma das condições crônicas representa um entrave para a resolubilidade das ações dispensadas pelos serviços da AB. Por conseguinte, faz-se necessário o acompanhamento contínuo do portador de TB pelo serviço de saúde, através de consultas agendadas periodicamente, para que haja a identificação precoce de complicações, a maior adesão ao tratamento por meio da prevenção de irregularidades terapêuticas e a avaliação dos resultados das intervenções dispensadas àquele indivíduo (SILVA, 2013). Ademais, o contato continuado do portador de TB com o serviço da AB fortalece o vínculo usuário-serviço-equipe, promovendo uma maior efetividade no manejo da doença, além de ampliar a resolutividade dos serviços da AP e reduzir a necessidade de procura por outros serviços de saúde.

O presente estudo apontou como potencialidade do sistema de prestação de serviços a atenção planejada para o controle da TB, sendo esta utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes. A atenção planejada para o controle da doença requer atuação comprometida, ética e humana dos gestores locais, dos profissionais de saúde e da população, com mobilização social na formulação e avaliação das ações de controle e no tratamento dos portadores de TB, sendo a estratégia do TDO uma destas ações (BRASIL, 2011b).

Na atenção à TB a atividade de controle de contatos é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e deve ser instituída pelos programas de controle de TB (BRASIL, 2011c). Entretanto, a atenção à TB deve incluir intervenções dirigidas a todos os usuários dos serviços de saúde e não apenas os portadores e comunicantes, com intuito da identificação precoce de sintomáticos respiratórios na comunidade e empoderamento dos indivíduos para a prevenção e controle da TB.

A TB, por ser uma doença de grande transmissibilidade, requer o acompanhamento e monitoramento constante dos acometidos pela doença, assim como de suas famílias, acompanhamento no qual a atenção ou cuidados ofertados nos serviços de saúde sejam desenvolvidos de modo integrado entre as diferentes equipes de saúde para que haja controle eficaz e eficiente da doença (ASSIS et al., 2012). Na presente pesquisa, identificou-se um ponto de estrangulamento na questão do monitoramento da situação da TB na comunidade em razão da realização deste estar condicionada à identificação de caso. Esta limitação deve ser combatida através da ampliação do escopo das atividades de monitoramento, devendo ser realizado a Vigilância em saúde que propõe a incorporação de novos sujeitos, além dos profissionais e trabalhadores de saúde, ao buscar envolver a população organizada e abriga, além dos problemas de saúde, as condições de vida da população, focalizando a necessidade de seu monitoramento continuado, deixando de se restringir à identificação e controle de agravos (HINO et al., 2011).

No desenvolvimento da atenção planejada à TB, a atividade de acompanhamento e monitoramento é contínua e fundamental para corrigir rumos, ajustar os padrões em uso e ampliar a qualidade das ações realizadas, e deve ocorrer durante todo o processo (PROCÓPIO, 2008). Adicionado a isto, o monitoramento e a avaliação em saúde são ferramentas da gestão e de gerenciamento de sistemas e serviços de saúde e se constituem em um momento de discussão com a equipe e os usuários sobre o serviço de TB (BRASIL, 2011c).

Brasil (2011c) pontua ainda que os resultados das atividades de monitoramento da TB na comunidade devem ser divulgados periodicamente para a equipe local para que esta identifique as dificuldades no controle da TB e trabalhe conjuntamente na formulação de estratégias para resolução dos problemas existentes.

Outra questão importante para uma atenção de qualidade e integral ao portador de TB é a continuidade do cuidado posto que, doentes portadores de enfermidades com características crônicas como a TB, necessitam de gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, de continuidade da assistência, buscando garantir a adesão e o tratamento a longo prazo (ASSIS et al., 2012). Nas USs avaliadas este quesito representou um ponto positivo na assistência, pois a continuidade do cuidado ao portador de TB foi alcançada através da referência, por meio formal (guias e prontuário clínico) e verbal (contato telefônico), para outros serviços da rede de atenção à TB do município. Porém, são necessários estudos que explorem a fundo a resolutividade desta referência, além do simples

ato de referenciar, os registros formais de encaminhamento e os mecanismos de contra-referência existentes no município.

De acordo com Almeida et al. (2010), nenhuma das instâncias do sistema de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários ao atendimento das demandas de saúde da população. Torna-se fundamental, portanto, o fortalecimento de mecanismos de referência e contra-referência, bem como de integração e cooperação entre os serviços de saúde para que o trabalho em rede resulte na prestação do cuidado abrangente, contínuo e resolutivo (ANDRADE et al., 2013). Para Alves et al. (2012), o conceito de redes permite o alcance da integralidade em saúde, componente necessário para que a organização dos serviços esteja orientada por relações não hierárquicas, com objetivos comuns compartilhados por vários atores, com troca de recursos entre si. Tal entendimento possibilita a conformação de uma rede de atenção horizontalizada de distintas densidades tecnológicas e sistemas de apoio, sem ordem ou grau de importância entre eles (MENDES, 2011; BALLESTERO, 2014).

O fortalecimento da APS para o controle da TB é condição essencial para o efetivo funcionamento da rede de atenção à enfermidade, sendo necessária a transposição das barreiras, encontradas na presente pesquisa e em estudos diversos, que impedem que os serviços da AB atuem como centro ordenador do cuidado ao portador de TB, dentre elas, a insuficiência de recursos materiais e humanos, a capacitação deficiente dos profissionais, a estrutura física inadequada, a falta de comunicação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção e a falta de vinculação e acolhimento do doente nos serviços de saúde da AB (CAMPOS; FONSECA; PESSINI, 2012; ALVES et al., 2012; BALLESTERO et al., 2014). Em contrapartida aos achados anteriores, em pesquisa realizada em um município do interior de São Paulo, verificou-se que o município estudado dispunha de ferramentas estruturais que são componentes em potencial para a continuidade e coordenação do cuidado, bem como para a formação de uma efetiva RAS, como: presença de sistema de informação (Hygia-Web) para o registro dos atendimentos e exames realizados, o que permite conhecer a trajetória dos usuários dentro do sistema municipal de saúde; a adequada retaguarda laboratorial do município; e um sistema de transporte que permitia o deslocamento dos usuários entre unidades da rede de assistência à saúde, favorecendo o acesso aos distintos pontos de atenção (ANDRADE et al., 2013).

Possuelo et al. (2012) salientam que a garantia da integralidade do atendimento é responsabilidade de todos os níveis de atenção e profissionais da área da saúde, e não uma batalha individual de cada paciente, que deveria sempre ser encaminhado para o centro de

saúde mais próximo de sua residência, a alguma especialidade ou a qualquer outra possibilidade existente no sistema de prestação de serviços.

Em relação aos Sistemas de informação clínica, perceberam-se fragilidades no tocante à inexistência de registros informatizados nas unidades avaliadas; a falta de dados nos prontuários do portador de TB, tais como registros de realização de TDO ou autoadministrado, solicitação de exames de controle e vigilância de contatos e o preenchimento de pelo menos dois instrumentos oficiais de registro. Filha et al. (2012) ressaltam que a falta do registro adequado no prontuário produz entrave importante para análise de qualidade dos atendimentos a partir dos mesmos.

A vigilância em saúde depende da qualidade da informação (dado analisado) transmitida pelos serviços de saúde para gerar as informações e indicadores relativos à doença, o que permite a avaliação das ações de controle implementadas. Sendo assim, a coleta de dados deve ser precisa, regular e confiável, características fundamentais para que todo o Sistema de Vigilância Epidemiológica apresente bom desempenho (BRASIL, 2009). O MS define que um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas (BRASIL, 2009).

Em se tratando da TB, alguns dos instrumentos de registro existentes são o Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Casos de TB, que é o instrumento básico do PCT nas USs, sendo o mais amplamente utilizado para registro das informações sobre TB nos serviços; o Livro de Sintomáticos Respiratórios; a ficha de acompanhamento de tomada diária de medicação e o cartão de tratamento supervisionado (BRASIL, 2011b). Tais formulários de registros são impressos, o que pode facilitar o registro no âmbito local, mas também dificultar o acompanhamento das ações por outros níveis da atenção, mostrando a necessidade da existência de um sistema de registros informatizado.

Estudo realizado em municípios do Rio de Janeiro identificou a ausência do Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios em diversas USs, demonstrando que a busca de sintomáticos respiratórios representava uma atividade secundária em toda a rede (CAVALCANTI et al., 2012).

Outros estudos retrataram a falta de registro adequado nas USs, a ausência de sistemas de informações informatizados, a falta de alimentação dos sistemas existentes, a incompletude dos dados constantes nos instrumentos de registros e a ausência de alguns destes nas unidades avaliadas (FILHA et al., 2012; NETO et al., 2012; SILVA, 2013).

Consensualmente estes autores reportaram que estas deficiências constituem barreiras para a análise de qualidade dos atendimentos e para a avaliação do resultado das ações de controle da TB, dificultando a identificação e correção das falhas existentes no cuidado dispensado.

A escassez de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho, baixa adesão dos profissionais, precariedade logística e estrutural, de equipamentos, insumos, comunicação e transporte figuraram entre as dificuldades encontradas nas USs por algumas pesquisas para o adequado gerenciamento das informações do PCT (CAVALCANTI et al., 2012; SILVA, 2013). Sendo assim, a capacitação para o preenchimento adequado dos instrumentos, a supervisão contínua dos registros, o estímulo à avaliação das ações de controle da TB nas USs, infraestrutura computacional adequada, redes ágeis e manutenção permanente dos sistemas de informação são componentes essenciais para o estabelecimento de um fluxo de dados eficiente e de qualidade (CAVALCANTI, 2012; GIOVANELLA, 2010).

Outro problema evidenciado pelo presente estudo foi a precariedade do retorno de informações relativos à TB realizado pela Vigilância Epidemiológica, Laboratórios e Coordenação do PCT sobre o desempenho da US no controle da TB. O retorno de informações, também denominado retroalimentação, é um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância em todos os níveis da atenção à saúde (BRASIL, 2009). Ademais, a credibilidade do sistema de informação depende da participação dos trabalhadores da saúde e da sociedade no acolhimento das informações para a tomada das decisões relativas ao agravo (BRASIL, 2009). Segundo Brasil (2011b) é imprescindível que os profissionais envolvidos no controle da TB tenham conhecimento sobre a base de dados de todos os sistemas de informação em saúde, pois neles se baseiam as análises, quantificando e qualificando os dados epidemiológicos e operacionais, fornecendo informações vitais para análise da situação do agravo e para as decisões sobre o controle da doença.

As informações sobre portadores de TB em risco para abandono ou falência do tratamento e óbito no município estudado estavam concentradas no AR e podiam ser obtidas quando solicitadas. Isto representa uma potencialidade do sistema de informação, pois há a retroalimentação do AR para as unidades avaliadas. Entretanto, urge a implantação de um sistema informatizado para o fluxo rotineiro e organizado destas informações com vistas ao apoio no planejamento das ações e classificação de risco dos doentes acompanhados.

Ainda referente aos sistemas de informação, nas unidades avaliadas o plano de cuidados para os portadores de TB representou um ponto falho visto que não incluía os portadores e seus familiares no planejamento do seu cuidado e este consistia na prescrição medicamentosa, pedidos de exames e orientações gerais de enfermagem. Outros estudos

confirmaram estes achados (SOUZA et al., 2010; NOGUEIRA et al., 2011; ALVES et al., 2012; Sá et al., 2012; QUEIROZ et al., 2012). Nestes termos, torna-se claro a “coisificação” do doente pelos serviços de saúde, processo no qual os profissionais envolvidos na assistência não levam em consideração as condições sociais, o estilo de vida, as possibilidades econômicas e o contexto familiar do portador de TB, atendo-se apenas à intervenção técnica e preocupação com a sintomatologia da doença (SÁ et al., 2012). De acordo com Souza et al. (2010) é impossível existir atitude de cuidado na ausência de vinculação entre sujeitos. Neste sentido, Alves et al. (2012) ressaltam que a ausência de espaços de escuta, durante a consulta, para o doente se expressar com relação à doença e ao tratamento ou a outras questões, concorre para o distanciamento nas relações entre profissional de saúde e usuário, comprometendo o processo terapêutico.

Tendo em vista a fragmentação da atenção, o enfraquecimento do vínculo e a maior probabilidade do abandono do tratamento causados por um plano terapêutico meramente prescritivo, que não considera as necessidades individuais dos sujeitos nele envolvidos, torna-se evidente a importância da co-gestão do cuidado, na qual se busca a construção da autonomia, da cidadania e do empoderamento do portador de TB, cometendo-lhe o protagonismo em relação ao seu cuidado ao torná-lo um participante ativo, e não mero objeto, do planejamento das ações que lhes serão dispensadas (SOUZA et al., 2010; ALVES et al., 2012; QUEIROZ et al., 2012).

Ao abordar a integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB, a presente pesquisa retomou alguns componentes estudados nas dimensões anteriores com vistas a avaliar a integração entre eles. Como resultados foram identificados pontos de estrangulamento no que se refere às informações aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado, qualidade dos registros nos prontuários, articulação e parcerias das USs com programas comunitários (ONGs, centros comunitários, igrejas, pastorais, etc.) e planejamento da atenção à TB na US em que o doente realiza o tratamento.

Neste estudo verificou-se que as informações eram fornecidas de forma verbal e escrita e de forma padrão, não sendo elaboradas especificamente para cada plano de cuidados. A ausência de estratégias de educação em saúde que promovam a participação ativa do indivíduo e leve em conta suas singularidades, pautadas apenas na transmissão acrítica e descontextualizada de informações e centradas na prática clínica, individual e curativa, torna o portador de TB o único responsável pelo seu cuidado, desarticulando-o da equipe de saúde e comprometendo a adesão ao tratamento (SÁ et al., 2013). Ademais, a o envolvimento da família na construção do plano de cuidados é fundamental para o enfrentamento da doença,

pois influencia na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes para o êxito do processo terapêutico (NOGUEIRA, et al., 2011).

Quanto aos prontuários, não há anotações sobre as ações de enfermagem programadas nem a classificação de risco do portador de TB. Medeiros et al. (2012) enfatizam que em um sistema de informações, os registros são processados em diversas etapas, existindo entre estas uma relação de determinação e condicionalidade, fundamentais para o provimento de uma informação final de qualidade. Ballesteros et al. (2014) ressaltam que os prontuários representam uma das fontes de informações requeridas para a continuidade do cuidado dentro da RAS. Portanto, é essencial que as informações constantes nestes instrumentos de registros abordem ao máximo a evolução do portador de TB e seu contexto familiar no intuito de se promover um cuidado integral e efetivo. Os trabalhadores da saúde devem ser capacitados para o melhor preenchimento dos instrumentos de registros da TB, visando uma maior confiabilidade e qualidade das informações neles constantes (NETO et al., 2012).

Ao se falar de registros, é oportuno reforçar a inexistência de um sistema informatizado nas unidades avaliadas, que contivesse informações dos portadores de TB em tratamento, facilitando o fluxo de informações entre os diferentes níveis assistenciais e que poderia servir como ferramenta de suporte para gestores e profissionais de saúde no planejamento das ações e serviços, reduzindo custos e aumentando a efetividade e eficiência de serviços que compõem o sistema público (ASSIS et al., 2012; SILVA, 2013).

Em se tratando dos programas comunitários, estes não estabelecem comunicação com os serviços de saúde. O envolvimento dos recursos comunitários no contexto de vida do portador de TB promove a redução do estigma, a maior detecção de sintomáticos respiratórios e, portanto, uma maior efetividade no manejo da doença (KAMINENI et al., 2011, 2012). Segundo Schuabb et al. (2010), a participação efetiva da sociedade para garantia do acesso universal e do direito humano à saúde requer um movimento comunitário organizado e que atue com eficácia na interface com o controle social e outras instâncias como os gestores do SUS, o Legislativo, o Ministério Público, na luta contra a TB. Sendo assim, é perceptível a necessidade de investimentos do setor público de saúde no fortalecimento de parcerias sociais com instituições públicas, privadas e organizações da sociedade, de maneira sistematizada, incentivando e fortalecendo as ações comunitárias já existentes no município (CURTO et al., 2010).

O Planejamento da atenção à TB, por sua vez, apresentava fragilidade no que dizia respeito à identificação de grupos vulneráveis para o estabelecimento de metas e ações de controle da doença. Minas Gerais (2006) pontua que, no planejamento destas ações, atenção

especial deve ser dada às populações com maior risco de adoecimento, a saber: residentes em ambientes fechados (escolas, presídios, manicômios, creches, abrigos e asilos); alcoólatras, usuários de drogas, população de rua e trabalhadores de saúde; população indígena e imunodeprimidos (por uso de medicamentos ou por doenças como a AIDS).

Em contrapartida, o monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB e o repasse das recomendações do MS para o controle do agravo representaram potencialidades do modelo de atenção vigente no município de estudo. O SUS traz a implantação do processo de monitoramento e avaliação da atenção primária nas três esferas de governo como um dos objetivos para o alcance da prioridade “Fortalecimento da Atenção Básica” do Pacto pela Vida, sendo que estes processos devem ser realizados periodicamente e precedidos de orientação local ou regional com cronograma regularmente preestabelecido (BRASIL, 2011c).

Nas USs abordadas, em relação ao repasse das recomendações do MS, este era realizado a todos os usuários, através de folhetos explicativos. Para o controle efetivo da TB, as equipes de saúde da família devem desempenhar práticas educativas com o intuito de promover o empoderamento de usuários e comunidade para o enfrentamento das demandas trazidas pela doença (SÁ et al., 2013). Queiroz et al. (2012) destacam que nem sempre o acesso informação implica em mudanças de comportamentos, visto que estas estão associadas à aspectos de origem também cultural, não sendo o conhecimento científico sempre capaz de promover rupturas na teia de simbolismo e imagem social da TB. Sendo assim, as estratégias de educação em saúde devem envolver ao máximo o portador de TB, sua família e a comunidade, contemplando as necessidades de cada sujeito e considerando o contexto social em que vivem, para que estes indivíduos se sintam acolhidos nos serviços de saúde e se tornem co-responsáveis pelo cuidado dispensado pelas equipes, agindo conjuntamente em prol da melhoria das suas condições de vida e saúde.

8 CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados obtidos pela presente pesquisa podem ser firmadas algumas conclusões a respeito da integração das ações e serviços dispensados ao portador de TB nas USs da AP em Uberaba/MG.

A análise dos componentes do modelo de atenção ao portador de TB vigente no município aponta fragilidades que se estendem desde a organização da atenção à doença, perpassam pela ausência de articulação dos serviços de saúde com os recursos comunitários; dificuldades nas ações de apoio ao autocuidado e de suporte à decisão; fluxo de informações deficiente devido ao preenchimento inadequado dos instrumentos de registro e inexistência de um sistema informatizado nas unidades e culminam numa atenção fragmentada, que não envolve o portador de TB, sua família e a comunidade nas ações de prevenção e controle da doença e, portanto, prejudicam o manejo efetivo deste agravo.

Em se tratando da rede de atenção à TB, a AB é apontada como o local preferencial para o tratamento da doença, porém, nas unidades avaliadas, as estratégias que buscam fortalecer esse nível da rede de atenção se mostram incipientes e desarticuladas. Imputa-se à AB a função de centro ordenador do sistema de saúde e responsabilidade pela resolução da maior parte demandas trazidas pelos usuários dos serviços de saúde, contudo, observa-se uma frágil organização da atenção à TB, com insuficiência de recursos humanos e materiais, ausência de retaguarda laboratorial, capacitação deficiente dos trabalhadores das equipes, estabelecimento de uma educação em saúde impositiva, não-participativa e planejamento das ações segundo o modelo curativista e médico-centrado em detrimento das ações voltadas à prevenção das doenças e promoção da saúde.

Neste sentido, o fornecimento de benefícios e incentivos aos portadores de TB e familiares, uma rede de laboratórios integrada às unidades da AP, um sistema de informação informatizado e ágil, o maior envolvimento dos trabalhadores da saúde com os indivíduos em tratamento da TB e seus familiares e a efetivação de parcerias com organizações da sociedade e instituições públicas, privadas e de ensino são estratégias necessárias para o fortalecimento da APS no âmbito da TB e para a melhoria dos serviços prestados pelas unidades deste nível de atenção. Nas unidades avaliadas, os pontos de estrangulamento observados quanto à estes componentes prejudicam a atenção ao portador de TB, enfraquecem o vínculo deste com a equipe de saúde, comprometem a resolutividade dos serviços da AP, sobrecarregando os outros níveis de atenção e concorrendo para uma maior taxa do abandono do tratamento da TB e agravamento do problema.

Verificou-se que as UMS e USF obtiveram pior desempenho em relação às outras USs. Um fator que pode explicar este achado é o precário vínculo de trabalho dos profissionais da ESF que, em sua maioria, é por contrato temporário e com carga horária de 40 horas semanais, ao contrário dos profissionais das equipes de saúde dos outros tipos de USs que, na maior parte dos casos, é através de concurso público e com carga horária semanal de 30 horas. O contrato de trabalho temporário aliado à carga horária superior promove uma maior rotatividade dos profissionais da ESF, além da maior sobrecarga de trabalho, o que prejudica o vínculo entre a equipe de saúde e o portador de TB, afetando negativamente a continuidade da assistência prestada.

A gestão das USs, outra fragilidade identificada na atenção à TB, se mostra desarticulada das ações referentes à doença, não havendo envolvimento dos gestores na formulação das estratégias para o enfrentamento do agravo. Neste sentido, urge a maior inserção deste profissional na equipe de saúde e participação das decisões concernentes à TB com vistas ao fortalecimento dos serviços dispensados e maior efetividade das ações implementadas. Ademais, a capacitação não só dos gestores, mas de todos os recursos humanos da AP é fator primordial para a mudança da visão biologicista do indivíduo, ainda permanente nos serviços de saúde, e desenvolvimento de uma visão holística, que considera o sujeito em suas particularidades, insere-o na construção do seu plano de cuidado e o faz co-partícipe da busca pela melhoria das suas condições de vida. Ressalta-se que esta capacitação deve estar baseada nos princípios e diretrizes do SUS com o objetivo de inserir os trabalhadores da saúde no modelo de atenção almejado por este sistema, qual seja, integral, contínua, humanizada e resolutiva.

Pelos resultados obtidos, observou-se que nenhuma das dimensões avaliadas obteve classificação com ótima capacidade para atenção à TB, o que demonstra a grande distância a ser percorrida no sentido de uma atenção integral, em que as ações e serviços dispensados sejam articulados e resolutivos, produtos de uma RAS integrada e com fluxo ordenado dos usuários dentro do sistema de saúde do município do estudo.

Como limitação do estudo destacou-se a participação de apenas um profissional de saúde do AR, podendo os resultados referentes a esta unidade expressar a percepção deste participante e não a realidade da assistência dispensada pelo serviço de saúde em questão, sendo necessária a realização de outros estudos que explorem a atuação do AR na assistência ao portador de TB e dos quais participem um maior número de profissionais da referida unidade. Contudo, salienta-se que a equipe do AR compõe-se de um médico, uma enfermeira e um técnico de enfermagem. Outra limitação identificada foi quanto aos resultados

expressarem a percepção dos trabalhadores da saúde das unidades avaliadas em relação às ações e serviços dispensados, podendo haver uma supervalorização da assistência prestada pelos sujeitos entrevistados. Portanto, outros estudos que abordem as ações e serviços prestados na atenção à TB do ponto de vista dos demais atores envolvidos no manejo da TB (portador de TB, familiares e usuários) são necessários e de grande valia para a efetiva avaliação dos serviços de saúde na atenção à doença no município.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fragilidades identificadas pelo estudo na integração das ações e serviços dispensados ao portador de TB em Uberaba/MG demonstram a premência do realinhamento dos serviços que formam a rede de atenção à TB no município, sendo necessário prover a AB de recursos humanos, materiais e financeiros adequados para o atendimento das demandas dos portadores de TB e seus familiares, além de melhorar e otimizar o sistema de referência e contra-referência, o sistema de informação e os registros do manejo clínico e social dos casos, visando à constituição de uma rede integrada de serviços, com um fluxo ordenado de pessoas e centrado na AB, local no qual os indivíduos terão suas necessidades acolhidas e atendidas e, nos casos que exijam uma maior complexidade de ações e serviços, serão encaminhados efetivamente para os outros níveis de atenção, promovendo assim uma assistência contínua, integral e resolutiva.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, P. B. D. **Desempenho da atenção básica no tratamento da tuberculose no município de Uberaba – MG**. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014.
- ALMEIDA, P. F. et al . Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-98, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n2/08.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2014.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-25, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- ALVES, R. S. et al . Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis , v. 21, n.3, p. 650-657, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a21.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2014.
- ANDRADE, R. L. P. et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1149-58, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01149.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, 9 telas, jul-ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf>. Acesso em 23 set. de 2013.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. (Online), Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-38, out-dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 set. 2014.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde Soc.** (Online), São Paulo, v. 22, n. 1, p. 109-23, jan-mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 set. 2014.
- ARCÊNCIO, R. A. et al. Barreiras econômicas na acessibilidade ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto – São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1121-7, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500013>. Acesso em: 06 ago. 2014.
- ARMITAGE, G. et al. Health Systems Integration: state of the evidence. **Int. J. Integr. Care**, v. 9, e. 82, 10 telas, apr-jun. 2009. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707589/>>. Access on: 01 oct. 2013.

ASSIS, E. G. et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-8, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2014.

AUGUSTO, C. J. et al. Características da tuberculose no estado de Minas Gerais entre 2002 e 2009. **J. Bras. Pneumol.**, [Brasília], v. 39, n. 3, p. 357-64, mai-jun. 2013. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2028>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BALLESTERO, J. G. A. et al. Tuberculose multirresistente: integralidade da atenção à saúde na perspectiva discursiva. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 515-21, jul-set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000300515&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 set. 2014.

BALSANELLI, A. P. et al. **Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2011. 207 p.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à Tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-84, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027>. Acesso em: 25 set. 2014.

BARROS, A. J. D; BASTOS, J. L.; DÂMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 (suppl.2), p. 254-262, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Access on: 20 sept. 2014.

BERALDO, A. A. et al. Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3079-86, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100024>. Acesso em: 28 set. 2014.

BHUTTA, Z. A. et al. Global burden, distribution, and interventions for infectious diseases of poverty. Bhutta et al. **Infect. Dis. of Poverty**, [S.l.], v. 3, n. 21, 7 telas, jul. 2014. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126350/>>. Access on: 20 sept. 2014.

BRAGA, José Uelers et al. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 225-33, jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 1 ed. ampl. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 180 p. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/tuberculosisnaatencao.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 Dez 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 373 de 27 de Fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 14 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica**. 6 ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 62 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 15 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: especial Tuberculose**. v. 43. Brasília, mar. 2012b. 12 p. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634001_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**.

Brasília: Ministério da saúde, 2011b. 284p. Disponível em:
http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf.
 Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica. Protocolo de enfermagem**. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 168 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3152.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. Disponível em:
 <http://www.husm.ufsm.br/nveh/pdf/Guia_VigEpd_7ed.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a. 186 p.. Disponível em:
 <http://www.itarget.com.br/newclients/sppt.org.br/2010/extra/download/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. Disponível em:
 <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério de Saúde, 2006c. 76 p. Disponível em:
 <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol1.pdf>. Acesso em 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose**. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2008). Brasília (DF): MS; 2010b. Disponível em:
 <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tab_taxa_inc_tuberculose_bra_r_uf_90_08.pdf>. Acesso em 05 jul. 2014.

BRUNELLO, M. E. F. Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, [Paris], v. 17, n. 10, p. 41-7, out. 2013. Available from:
 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24020601>>. Access on: 15 sept. 2014.

CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 43-7, abr. 2012.

CAMPOS, C. E. A.; FONSECA, A. C. F.; PESSINI, M. L. Análise dos percursos assistenciais de pacientes com tuberculose por equipes de saúde em três capitais brasileiras. Que lições os profissionais podem tirar? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 188-94, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2014.

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

CARDOZO-GONZALES, R. I. C. et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan-mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3403>>. Acesso em: 06 set. 2014.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-84, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015>. Acesso em: 25 set. 2014.

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

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-606, jul-set., 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23.pdf>>. Acesso em 22 de Setembro de 2014.

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

CURTO, M. et al. Controle da tuberculose: percepção dos doentes sobre orientação a comunidade e participação comunitária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 983-89, set-out. 2010.

DANTAS, D. N. A et al. Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Rev. Rene** [online], Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 980-7, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027978013>>. Acesso em 25 set. 2014.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, supl. 1, p.126-37, mai. 2012.

FERRACIO M.; CRUZ, R. A.; BIAGOLINI, R. E. M. Tratamento supervisionado da tuberculose: a opinião da equipe do programa saúde da família. **Saúde coletiva.** São Paulo, v. 4, n. 14, p.55-61, abr-mai. 2007.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 26, n. 2, p.101-8, jul-dez. 2005.

FILHA, M. M. T. et al. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Cad. Saúde Colet.,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 169-76, 2012.

FRAGA, O. S. **Agente Comunitário de Saúde:** elo entre a comunidade e a equipe da ESF. 2011. 25 f. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2665.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.

FURLAN, M. C. R.; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paul. Enferm. [online],** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108-14, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800017&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 30 de Setembro de 2014.

GEBREMARIAM, M. K., BJUNE, G. A., FRICH, J. C. Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. **BMC Public Health (online),** [Londres], v. 10, [S.n.], 9 telas, out. 2010. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978153/pdf/1471-2458-10-651.pdf>>. Access on: 20 sept. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. **Saúde Debate,** [Londrina], v. 34, n. 85, p. 248-64, abr-jun. 2010.

GRÕNE, O.; GARCIA-BARBERO M. Integrated Care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. **International Journal of Integrated Care,** [S.l], vol. 1, n. 21, jun. 2001. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/>>. Access on: 13 aug. 2014.

HARTER, J. **Avaliação da detecção de casos de tuberculose no contexto da atenção primária à saúde.** 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em:

<<http://guaiaca.ufpel.edu.br/bitstream/123456789/1876/1/JENIFER%20HARTER.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

HÉRBERT, R.; VEIL, A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. **Int. J. Integr. Care**, [S.l.], v. 4, e. 5, jul-sep. 2004. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393264/>>. Access on: 13 oct. 2013.

HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41. suppl. 1, p. 50-8, set. 2007.

HINO P et al. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 417-21, abr-jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. [S.l.], 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=317010.2014>>. Acesso em: 01 out. 2014.

ISHIKAWA, N., NAGAYAMA, N. Tuberculosis care and new horizon of Japanese society. **Kekkaku**, v. 87, n. 4, p. 367-81, apr. 2012. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22702085>>. Access on: 10 sept. 2014.

JORGE, M. S.; VENTURA, C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Texto Contexto Enferm.**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 106-15, jan-jul. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9693/8058>>. Acesso em: 05 out. 2014.

KAMINENI, V. V. et al. A rapid assessment and response approach to review and enhance Advocacy, Communication and Social Mobilisation for Tuberculosis control in Odisha state, India. **BMC Public Health**, [S.l.], v. 11, n. 463, 13 telas, 2011. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21663623>>. Access on: 28 sept. 2014.

KAMINENI, V. V et al. Addressing poverty through disease control programmes: examples from Tuberculosis control in India. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 17, 10 telas, 2012. Available from: <<http://www.equityhealthj.com/content/11/1/17>>. Access on: 25 sept. 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, out-dez. 2011.

LEUTZ, W. N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United states and the United Kingdom. **The Milbank Quarterly**, v. 77, n. 1, p. 77-110, 1999. Disponível em: <http://www.socialsalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf>. Acesso em 15 de Outubro de 2014.

LOPES, A. O. **A tuberculose um problema de saúde pública**: causas do abandono do tratamento. 2010. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.didinho.org/TuberculoseumproblemadesaudepublicaCausasdoabandonodotratamento.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2014.

LOUREIRO, R. B. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1233-44, jan-abr., 2014.

MAHOMED, H. et al. Predictive factors for latent tuberculosis infection among adolescents in a high-burden area in South Africa. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 331-6, mar. 2011. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21333099>>. Access on: 17 sept. 2014.

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. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 144-57, jun. 2009.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 1521-31, jun. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 2 ed. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 387-94, abr-jun. 2012.

MINAS GERAIS. Lei 6794, de 19 de dezembro de 1994. Cria a função de gerente de unidade de saúde sob gestão do município e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 19. dez. 1994. Disponível em: <<http://cm-belo-horizonte.jusbrasil.com.br/legislacao/237832/lei-6794-94#art-3--inc-I>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte, 2006. 144 p. disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2115.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 262-7, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 set. 2014.

MONTEIRO, M. M; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-64, jun. 2009.

MOREIRA, M. R. **Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde**. 2009. 149 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2553/1/ENSP_Tese_Moreira_Marcelo_Rasga.pdf>. Acesso em: 07 set. 2014.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P.; SILVA, R. M. Perfil de enfermeiras que atuam no programa saúde da família em uma microregião do Ceará, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (online)**, v. 7, n. 1, P. 49-56, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=127717968006>>. Acesso em: 05 set. 2014.

MOURÃO, M. P. G.; LACERDA, M. V.G.; SANTOS, M. C. **Tuberculose**. 2007. [S.l.], 2007. Disponível em: <<http://www.fmt.am.gov.br/manual/tuberculose.htm>>. Acesso em: 05 out. 2014.

MOYSÉS, S. T. et al. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.

NETO, M. S. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 38, n. 6, p. 724-32, dez. 2012.

NEVES, L. A. S.; REIS, R. K.; GIR E. Adesão ao tratamento por indivíduos com a co-infecção HIV/tuberculose: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1135-41, dez. 2010.

NOGUEIRA, J. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 207-16, jun. 2011.

OBLITAS, F. Y. M. et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 130-8, jan-fev. 2010.

OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 898-904, aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400015>. Acesso em: 15 jul. 2014.

OLIVEIRA, P. B. **Fatores associados ao abandono de tratamento da tuberculose nos municípios considerados prioritários para o desenvolvimento das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. 156 f. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15016/1/2013_PatriciaBartholomayOliveira.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

OREM, D. **Nursing: concepts of practice**. 6 ed. St Louis: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde nas Américas 2012: panorama da situação de saúde dos países das Américas**. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

PALHA, P. F. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 342-8, abr. 2012.

PINHEIRO, R. S.; ANDRADE, V. L.; OLIVEIRA, G. P. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando *linkage* probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1559-68, ago 2012.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2014.

PONCE, M. A. Z. et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-54, mai. 2013.

PONCE, M. A. Z. et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1222-9, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13 set-out. 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Projecto de definição de um modelo de acompanhamento da actividade desenvolvida pelas Unidades Locais de Saúde**. Relatório II –Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde (EGIOS). Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2010. 112 p. Disponível em: <http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/36_Projecto_ULS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

POSSUELO, L. Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. **Rev. Epidemiol. Control. Infect.**, [Santa Cruz do Sul], v. 2, n. 3, p. 89-93, 2012. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2723/2190>>. Acesso em 20 jul. 2014.

PROCÓPIO, M. J. (Coord.). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. **Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. 348 p.

PROTTI, S. T. **A visão dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde sobre a Tuberculose na Agenda Municipal, em um município do Estado de São Paulo**. 2008. 120 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19122008-161100/pt-br.php>>. Acesso em: 08 set. 2014.

PROTTI, S. T. et al. A gerência da Unidade Básica de Saúde no controle da tuberculose: um campo de desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 665-70, set. 2010.

QUEIROZ, E. M. et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-377, mar-abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_21.pdf>. Acesso em 02 set. 2014.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 453-61, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n2/en_30.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

ROCHA, C. et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. **Int. J. Tuberc. Lung Dis.**, [S.l.], v. 15, suppl. 2, p. 50-7, jun. 2011. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21740659>>. Access on: 24 aug. 2014.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 19, n. 38, p. 171-85, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 set. 2014.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-7, jun. 2010.

RUFFINO-NETO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, dez. 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 jun. 2014.

RUFFINO-NETO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades**. Ribeirão Preto: Wdesign e Associados; 2006. 210 p. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/livro_DOTs.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

SÁ, L. D. et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 356-63, apr. 2012.

_____. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [online], Goiânia, v. 15, n. 1, p. 103-11, jan-mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15246>>. Acesso em: 16 set. 2014.

SAN PEDRO, A., OLIVEIRA, R. M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica** [online], Washington, v. 33, n. 4, p. 294-301, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400009>. Acesso em: 15 ago. 2014.

SANTOS, M. L. S. G. et al . Pobreza: caracterização socioeconômica da tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. esp., p. 762-7, set-out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2014.

SANTOS, T. M. M. G.; NOGUEIRA, L. T.; ARCÊNCIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. **Acta paul. enferm.** [online], São Paulo, v. 25, n. 6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600020>. Acesso em: 26 set. 2014.

SASSAKI, C. M. et al . Predictors of favorable results in pulmonary tuberculosis treatment (Recife, Pernambuco, Brazil, 2001-2004). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 504-10, jun. 2010.

SCATOLIN, B. E. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 261-9, abr-jun. 2014.

SCHUABB, G. L. et al. Atuação de movimentos sociais e comunitários no controle da tuberculose no município do Rio de Janeiro. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** [online], Rio de Janeiro, v. 2, ed. supl., p. 248-52, out-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/895>>. Acesso em: 28 set. 2014.

SILVA SOBRINHO, R. A. **Avaliação da efetividade dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose em Foz do Iguaçu, PR** - Tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. 2012. 96 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-28022012-143156/pt-br.php>>. Acesso em: 18 set. 2014.

SILVA, C, O. G.; D' AMARAL, R. K. K. Tuberculose: casos novos e Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UNISA**, v. 12, n. 1, p. 64-7, 2011.

SILVA, D. M. **Tratamento da tuberculose na Atenção Básica: avaliação de estrutura e processo dos serviços de saúde.** 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2013/daianemedeirosdasilva.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2014.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, jan. 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jan-jun. 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN).

Tuberculose – casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET. 2014. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/tuberculose/bases/tubercbrnet.def>>. Acesso em: 10 de set. 2014.

SOUZA, M. N. A.; SILVA, J. D. F. As práticas de autocuidado entre os portadores de tuberculose um município paraibano. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor** [online], Vitória da Conquista, v.6, n.2, p.150-61, jul-dez. 2013. Disponível em:

<<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/229/158>>. Acesso em: 18 set. 2014.

SOUZA, H.M. et al. A implantação de uma nova mentalidade. **Rev. Brasileira Saúde Família**, Brasília, ano 2, n.6, p. 20-7, dez. 2002.

SOUZA, K. M. J. et al . Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.4, p. 904-10, dez. 2010.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. G. V. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 590-5, out. 2007.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-34, out-dez. 2011.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. **Determinantes individuais:** fatores predisponentes à utilização dos serviços de saúde na atenção ao diagnóstico da tuberculose. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/Dissertacao_Debora_05_10_11_Paraiba.pdf>. Acesso em: 17 set. 2014.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1289-96, nov-dez. 2011.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento em Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017**. Uberaba, 2014. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 05 out. 2014.

VAN STRALEN, C. J. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-32, jul-set. 2006.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 223-31, mar-abr. 2011.

WARIS, C. D. A.; NAZARÉ, D. L.; MARQUES JÚNIOR, J. V. S. **Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Hospital Universitário João de Barros Barreto no Estado do Pará**. 2007.

73f. Pesquisa de Campo – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Amazônia, Belém (PA), 2007. Disponível em: <http://www.unama.br/graduacao/fisioterapia/pdf/2007/perfil_epidemiologico_da_tuberculosis_e_no_hospital_universitario.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

WENDLING, A. P. B.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 77-85, jan-mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100009>. Acesso em: 30 set. 2014.

WINGFIELD, T. et al. Defining Catastrophic Costs and Comparing Their Importance for Adverse Tuberculosis Outcome with Multi-Drug Resistance: A Prospective Cohort Study, Peru. **PLOS Med.** [online], [S.l.], v. 11, n. 7, 17 telas, jul. 2014. Available from: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001675>>. Access on: 14 sept. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2013**. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2014.

_____. **Global Tuberculosis Report 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf>. Acesso em: 20 de out. 2014.

_____. WHO report 2012. **Global Tuberculosis Control 2012**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

_____. WHO report 2009. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802_eng_doc.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. WHO report 2011. **Global tuberculosis control**. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564380_eng.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

WYSOCKI, M. A. Z. et al. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 440-7, abr. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a) _____.

Gostaria de convidá-lo(a) para participar de uma pesquisa intitulada- *“Avaliação da integração das ações e serviços na assistência ao portador de tuberculose em Uberaba/MG”*. Esta pesquisa está sendo realizada por pesquisadores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Ela tem como objetivo analisar a integração de ações e serviços na assistência ao portador de tuberculose em Uberaba/MG. Sua participação consistirá em responder a um questionário, podendo durar em média 40 minutos, no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio). As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas; A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas; A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr.(a).

Uberaba, ____, de _____ de 2014

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente,

Profª Drª Sybelle de Souza Castro

Contato: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 159 – Uberaba – MG; CEP 38025-440

Telefone (0XX34) 33185865/ Email: sybelle@mednet.com.br

Enfermeira Rebeca Ainoã de Souza

Contato: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 159 – Uberaba – MG; CEP 38025-440

Telefone: (0XX34) 33185124/ Email: rebecasouza_mg@yahoo.com.br

APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia

38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854

E-mail: cep@nesqpg.uftm.edu.br

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: TUBERCULOSE: ANÁLISE DOS PONTOS DE ESTRANGULAMENTO DA ATENÇÃO PARA CONTROLE DA DOENÇA EM MUNICÍPIOS DAS REGIÕES SUL, SUDESTE, NORDESTE DO BRASIL

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: SYBELLE DE SOUZA CASTRO MIRANZI

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 19/6/2013

PROTOCOLO CEP/UFTM: 2706

PARECER

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 4 de setembro de 2013.

Prof.ª Ana Palmira Soares dos Santos

Coordenadora do CEP/UFTM

ANEXO A – QUESTIONARIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação	
<p>QUESTIONÁRIOS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE</p> <p>PROJETO: Tuberculose: análise dos pontos de estrangulamento da atenção para controle da doença em municípios das regiões sul, sudeste e nordeste do Brasil</p>	
<p>Parte A</p> <p>Número do questionário: _____</p> <p>Município: _____</p> <p>Responsável pela coleta de dados: _____ Data da coleta de dados: ____/____/____</p> <p>Digitador: _____ Data da digitação: ____/____/____</p> <p>Local da coleta: _____</p> <p>Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____</p>	
<p>Parte B</p> <p>Nome do entrevistado: _____ Iniciais: _____</p> <p>Nome da Unidade de Saúde em que trabalha: _____</p> <p>Tipo de Unidade de Saúde: _____ Unidade Básica de Saúde- UBS; Unidade de Saúde da Família –USF; Ambulatório de Referência- Programa de Controle da TB);</p> <p>Função que exerce na Unidade de Saúde: _____ (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde);</p> <p>Tempo que trabalha na Unidade de Saúde: _____</p> <p>Tempo que exerce a função: _____</p>	

I - Organização da atenção à Tuberculose:				
O manejo de políticas/ programas de controle da tuberculose pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado aos portadores da doença.				
Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
1. O interesse do gerente da unidade de saúde em relação às mudanças na atenção à tuberculose...	Não existe ou há pouco interesse	Existe, mas não há profissionais e materiais disponíveis para a tratamento da TB	Existe, e há profissionais e materiais disponíveis para o tratamento da TB	Faz parte do planejamento da unidade a longo prazo , tem materiais e profissionais disponíveis
Pontuação	0 1	3 4	6 7	9 10
	2	5	8	11
2. Metas da unidade para o controle da TB na área de	Não existem	Existem, mas não são revistas regularmente	São acompanhadas e revistas	São acompanhadas e revistas periodicamente, sendo incorporadas

abrangência...					no planejamento da unidade.			
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
3. Estratégias para melhoria da atenção à TB...	Não são elaboradas ou apoiadas		Não existe, mas são elaboradas pontualmente, apenas quando surgem os problemas		Existem e são efetivas quando surgem problemas		Existem e são utilizadas para a prevenção de problemas	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
4. Incentivos e estabelecimentos para que a Atenção Primária à Saúde seja o local para o tratamento da TB...	Não são realizados		São realizados para controlar a utilização de serviços e os custos na atenção à TB		São usados para melhorar a assistência ao portador de TB (promover maior acesso, vínculo e adesão ao tratamento)		São realizadas para motivar os profissionais de saúde e apoiar as metas do tratamento da TB.	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
5. O gerente da unidade de saúde...	Não incentivam a identificação de portadores de TB na comunidade		Não dão prioridade à melhoria da assistência à TB		Incentivam esforços para melhoria da atenção à TB		Participam visivelmente dos esforços para melhoria da atenção à TB	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
6. Benefícios e incentivos	Desencorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde		Nem encorajam e nem desencorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde		Encorajam os portadores de TB a cuidar da própria saúde		São ofertados para promover uma maior atenção aos portadores de TB	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10

II- Articulação com a comunidade:

Articulação entre os sistemas de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo clínico da tuberculose

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
7. Articulação da unidade de saúde e dos portadores de TB com os recursos oferecidos pela	Não é realizada	É limitada a uma lista dos recursos disponível	É realizada por meio de um responsável para assegurar que os portadores de TB e profissionais de saúde utilizem ao	É realizada por meio de comunicação ativa entre a unidade de saúde, às organizações da comunidade e os

comunidade			máximo os recursos comunitários	portadores de TB				
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
8. Parcerias com organizações da comunidade para o controle da TB...	Não Existem		Estão sendo consideradas, mas não foram implementadas		Estão estruturadas para apoiar o tratamento da TB		São formalmente estabelecidas para dar suporte ao Programa de Controle da TB	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
9. Conselho Local de Saúde	Não existe		Existe, mas não tem poder de decisão		Existe e acompanha a programação da unidade de saúde com relação ao controle da TB		Existe e acompanha a programação da Unidade de Saúde em relação ao Controle da TB, avaliando o desempenho das equipes	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
10. Agente Comunitário de Saúde	Não está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB		Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, mas não se integra com os recursos da comunidade		Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB e faz articulação com os recursos da comunidade		Está incorporado às atividades ligadas ao tratamento da TB, seguindo as orientações do Ministério da Saúde	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10

III- Autocuidado apoiado.

O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas portadoras de TB e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a doença, além de reduzir as complicações e os sintomas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A				
11. Avaliação e registro em relação ao apoio dos profissionais da Unidade para o portador de TB cuidar da própria saúde...	Não são realizadas	Espera-se que seja realizada	São realizadas de maneira padronizada	São realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado dos portadores de TB				
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
12. Suporte para que os portadores de TB cuidem da	É limitado à distribuição de informações	É disponibilizado por meio de atividades	É oferecido por profissionais de saúde capacitados que fazem	É oferecido por profissionais de saúde capacitados				

própria saúde...	escritas (panfletos, folders, cartazes)	educacionais	parte da equipe, mas não envolve a adesão medicamentosa	envolvendo a melhoria das condições clínicas, psicológicas e sociais dos portadores de TB
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
13. Acolhimento das preocupações dos portadores de TB e suas famílias...	Não é realizado	É realizado por meio de encaminhamento para profissionais e serviços especializados	É realizado por grupo de apoio	É parte integrante da atenção à TB com envolvimento contínuo dos grupos de apoio
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
14. Intervenções de mudança de comportamento (para de fumar, beber, usar drogas) de portadores de TB	Não estão disponíveis	Limitam-se à distribuição de informações escritas (panfletos, folders, cartazes)	É realizado por meio de encaminhamento a Centros Especializados	Fazem parte da rotina da atenção à Tb e utilizam tecnologias para a mudança de comportamento (entrevista motivacional e grupo operativo)
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

IV- Suporte a decisão

O manejo efetivo da TB assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consulta com especialistas, educadores de saúde e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
15. Manual de diretrizes para o controle da TB...	Não estão disponíveis	Estão disponíveis, mas não são utilizadas na atenção à TB	Estão disponíveis, mas limitadas ao momentos de capacitação dos profissionais de saúde	Estão disponíveis e são integradas à prática cotidiana na atenção à TB
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
16. Envolvimento de especialistas em TB no apoio à Equipe de Saúde da Unidade...	É feito por meio de referenciamento/ encaminhamento tradicional	É alcançado meio da participação de especialistas, porém se limita à implementação do manual de diretrizes para o controle da TB	É alcançado meio da participação de especialistas que auxilia no processo de educação permanente das equipes	É alcançado meio da participação de especialistas que auxilia no processo de educação permanente e discutem casos com a equipe
Pontuação	0 1	3 4	6 7	9 10

	2	5	8	11
17. Capacitação dos profissionais de saúde para a atenção à TB...	É realizada esporadicamente	É realizada sistematicamente com métodos tradicionais de educação	É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promova efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade por parte da equipe de profissionais	É realizada sistematicamente com métodos educacionais que promova efetiva incorporação de ações de controle da TB à prática diária da Unidade, incluindo TODA equipe de profissionais
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
18. Informação às pessoas sobre TB...	Não é realizada	É realizada apenas quando o portadores de TB solicita, por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)	É realizada para usuários específicos e comunicantes por meio de informações escritas (folder, cartazes, etc)	É realizada para todos os usuários incluindo o papel de cada indivíduo na prevenção e tratamento da TB
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

V- Desenho do sistema de prestação de serviços

A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção à TB envolve mais que a simples adição de intervenção a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta de cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
19. Trabalho em equipe para o controle da TB...	Não existe	È realizado pela disponibilização de profissionais com diferentes habilidades	É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro e nos problemas que surgem.	É assegurado por reuniões regulares das equipes, com enfoque nas responsabilidades de cada membro, incluindo educação para o autocuidado e monitoramento dos portadores de TB.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
20. Profissional de Saúde de referência para o desenvolvimento de ações de Controle da TB...	Não é reconhecido pela comunidade e nem pela Unidade de Saúde	Não é definido, pois é realizado por toda equipe sem uma sistematização	Existe , mas não atribui responsabilidade para o restante da equipe.	Existe e atribui responsabilidade a outros membros da equipe para o controle da TB

Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
21. Sistema de agendamento para o tratamento da TB...	Não está organizado		Está organizado apenas para atendimento de intercorrências		Está organizado para agendamento de consultas individuais		Está organizado para agendamento de consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
22. Monitoramento da situação da TB na comunidade...	Não é realizado		É realizado frente a identificação de caso		É realizado por profissionais com bases nas diretrizes dos Manuais do Ministério da Saúde		É realizado pela equipe e está adaptado às necessidades do portador da TB	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
23. Atenção planejada para controle da TB...	Não é utilizada		É utilizada ocasionalmente quando surgem casos de TB		É utilizada para o acompanhamento das pessoas que realizam o tratamento da TB e seus comunicantes		É utilizada regularmente para a maioria dos usuários, incluindo intervenções preventivas e estímulo ao autocuidado por meio de consulta individual ou atenção em grupo	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10
24. Continuidade do cuidado ao portador de TB	Não é uma prioridade		Depende uma comunicação escrita entre profissionais da Unidade de Saúde e especialistas		A comunicação entre os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde e Especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente		É uma alta prioridade e inclui a comunicação é ativa entre os profissionais da Unidade de Saúde e Especialistas	
Pontuação	0 2	1	3 5	4	6 8	7	9 11	10

VI- Sistemas de informação clínica

Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias portadores de TB, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
25. Prontuário	Não está	Está disponível, mas	Está disponível e é	Está disponível e

clínico eletrônico	disponível	é construído individualmente	construído com base familiar	está construído com base familiar e coerente com as normas do Ministério da Atenção e com o modelo de atenção à TB
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
26. Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com TB)	Não está disponível	Está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação do contato e da data do último contato	Está disponível, permite identificar pessoas em risco (para abandono do tratamento, falência, óbito)	Está disponível, permite identificar pessoas em risco, emitindo alertas e lembretes para os usuários
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
27. Alertas para profissionais de saúde	Não estão disponíveis	Estão disponíveis e inclui aviso da existência de TB na área, mas não define os tipos de intervenção necessária para	Estão disponíveis e incluem as intervenções necessárias segundo o risco do grupo	Estão disponíveis, incluem as intervenções necessárias e dão informações do plano de cuidado que tem sido adotado
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
28. Feedbacks para equipes de saúde...	Não estão disponíveis	São fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal	Ocorre em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe	São fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um profissional de referência para melhorar o desempenho da equipe
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
29. Informações sobre portadores de TB em risco (Abandono, falência e óbito)	Não está disponível	Está disponível, mas o acesso é limitado	Está disponível eventualmente, mas só pode ser obtido quando solicitado	Está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

30. Plano de cuidado para os portadores de TB	Não é elaborado	É elaborado em formato padrão pela equipe	É feito em conjunto pela equipe de saúde e o portador de TB , incluindo metas	É feito em conjunto pela equipe de saúde e o portador de TB, incluindo metas do tratamento e ações de autocuidado, sendo monitorado regularmente
Pontuação	0 2	1 3 4 5	6 7 8	9 10 11

VII- Integração dos componentes do modelo de atenção às pessoas com TB.

Sistema de Saúde efetivo integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
31. Informação aos portadores de TB em relação ao seu plano de cuidado	Não é realizado	Acontece quando solicitado ou por meio de informação escrita (folder, cartazes)	É feito por meio de material educativo elaborado para cada plano de tratamento	É feito por meio de material educativo elaborado e inclui o papel das pessoas com TB no seu autocuidado na adesão ao tratamento
Pontuação	0 2	1 3 4 5	6 7 8	9 10 11
32. Sistema de informação e Registro Clínico	Não inclui metas de autocuidado	Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, mas não inclui metas	Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, incluindo metas	Inclui avaliação dos portadores de TB como estado e disposição para o autocuidado, incluindo metas, alertas aos profissionais e pessoas com TB, para o monitoramento e reavaliação periódica do autocuidado
Pontuação	0 2	1 3 4 5	6 7 8	9 10 11
33. Programas comunitários	Não fornecem feedback para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades	Fornecem Feedback esporadicamente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades	Fornecem Feedback regularmente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades, por meio de	Fornecem Feedback regularmente para a unidade de saúde sobre o progresso dos portadores de TB em suas atividades, por meio de instrumentos formais que são

			instrumentos formais	utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades do portador de TB
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
34. Programação local da atenção à TB	Não é realizada	Utiliza dados do sistema de informação para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta	Utiliza dados do sistema de informação para planejar proativamente o cuidado com base populacional e identificação de grupos em risco segundo às diretrizes do Ministério da Saúde	Utiliza dados do sistema de informação para planejar proativamente o cuidado com base populacional e identificação de grupos em risco segundo às diretrizes do Ministério da Saúde, incluindo o desenvolvimento do contrato com os profissionais de saúde com base no desempenho
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
35. Monitoramento das metas e do plano de cuidado para os portadores de TB	Não é realizado	É realizado apenas para os portadores de TB agendado	É realizado por um profissional responsável pelo portador de TB	É realizado por um profissional responsável pelo portador de TB, utilizando o prontuário e os alertas para planejar o cuidado contínuo e integral às pessoas com TB e membros da equipe
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
36. Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle da TB	Não são compartilhadas com o portador da TB	São fornecidas aos portadores de TB que demonstram interesse no autocuidado	São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde	São fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado, a prevenção da TB e a promoção à saúde, que levem em conta as metas dos usuários e a disposição para as mudanças

Pontuação	0	1	3	4	6	7	9	10
	2		5		8		11	