

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrícia Borges Dias Alexandre

Desempenho da Atenção Básica no Tratamento da Tuberculose no Município de
Uberaba- MG

Uberaba
2014

Patrícia Borges Dias Alexandre

Desempenho da Atenção Básica no Tratamento da Tuberculose no Município de Uberaba-
MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica, área de
concentração Inovação Tecnológica, da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Inovação
Tecnológica.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucia Marina Scatena

Co-orientadora: Prof^ª Dra Márcia Helena Pontieri

Uberaba

2014

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

A369d Alexandre, Patrícia Borges Dias
**Desempenho da atenção básica no tratamento da tuberculose no
município de Uberaba – MG / Patrícia Borges Dias Alexandre. -- 2014.**
75 f. : il., tab.

**Dissertação (Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica) –
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014**
Orientadora: Profª Dra. Lucia Marina Scatena
Coorientadora: Profª Dra. Márcia Helena Pontieri

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Tuberculose. 3. Análise de dados.
I. Scatena, Lucia Marina. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
III. Título.

CDU 614.39

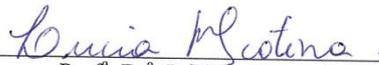
PATRÍCIA BORGES DIAS ALEXANDRE

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO TRATAMENTO DA
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE UBERABA - MG

Trabalho de conclusão apresentado ao
Programa de Mestrado Profissional em
Inovação Tecnológica da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, como requisito
para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 30 de junho de 2014

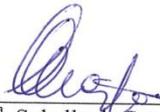
Banca Examinadora:



Prof.^a. Dr.^a. Lúcia Marina Scatena
Orientadora – PMPIT - UFTM



Prof.^a. Dr.^a. Silvia Helena Figueiredo Vendramini
Membro titular – FAMERP



Prof.^a. Dr.^a. Sybelle de Souza Castro
Membro Titular – UFTM

Dedico este trabalho a minha mãe Vera,
aos meus filhos Bruno e Felipe e ao meu
esposo Ivonez.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por permitir a realização de mais esta etapa em minha vida, pela força e coragem nos momentos difíceis, pela presença de amor e paz e por ser o sentido maior de minha existência, muito obrigada.

A minha mãe, **Vera**, pelos momentos de ausência durante este período, e por me ensinar que o AMOR supera tudo.

Ao meu filho, **Bruno**, sempre exigente e perfeccionista e **Felipe**, que apesar da distância física sempre esteve comigo nos momentos de alegrias e dificuldades.

Ao meu esposo, **Ivonez**, por incentivar minhas conquistas.

À minha irmã, **Simone**, pelo apoio nos momentos difíceis.

A todos do Grupo **GEOTB**, meu muito obrigada.

À **Patrícia Pazini**, sempre gentil e prestativa, acolhendo minhas necessidades.

À **Anne**, por partilhar a caminhada.

Ao **Prof^o. Dr. Antônio Ruffino-Netto**, pela sabedoria e colaboração imprescindíveis na construção deste trabalho.

À **Prof^a. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa**, que com sua simplicidade e sabedoria cativantes, me mostrou que o trabalho em equipe vai além de compartilhar tarefas, conhecimentos, responsabilidades, mas acima de tudo respeitar as diferenças.

À **Prof^a. Dra. Lucia Marina Scatena**, que me acolheu com sua disponibilidade, paciência e dedicação, por ter compartilhado trabalho, cansaço, incertezas, alegrias e conhecimentos, por me considerar capaz de superar as dificuldades, muito Obrigada. Foi um prazer compartilhar esta jornada ao seu lado.

À **Prof^a. Dra. Márcia Helena Pontieri**, pela co-orientação e por dividir momentos de aprendizagem.

A **FAPESP**, pelo financiamento do projeto e por acreditar que a formação profissional é o caminho para melhorar os serviços de saúde em nosso país.

A **Secretaria Municipal de Saúde** por ter autorizado a realização deste estudo.

A **Evaldo Gusmão**, colega de trabalho, cujo apoio possibilitou a realização desta etapa.

A todos os **profissionais de saúde** da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba que fizeram parte deste trabalho. Sem a participação de vocês ele não seria possível.

À **Prof^a. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini** e **Prof^a. Dra. Sybelle Souza Castro** que aceitaram participar da banca.

À *Nilva*, que com sua colaboração diária possibilitou tranquilidade para a realização desta jornada.

A todos, que *diretamente ou indiretamente* contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

”A Educação não muda o mundo. A educação muda pessoas, pessoas mudam o mundo.”

Paulo Freire.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a assistência prestada aos pacientes com tuberculose pela atenção básica, no município de Uberaba, em 2011. Trata-se de um estudo transversal de avaliação dos serviços de atenção à saúde no controle da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde. A população do estudo foi composta por 216 profissionais: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, lotados em 22 serviços de saúde. Foram utilizadas fontes de dados primárias e secundárias a fim de descrever e avaliar o desempenho dos serviços de saúde em relação aos componentes estrutura, processo e resultado. Para a coleta das informações sobre os serviços foi construído um instrumento estruturado com questões fechadas e os dados analisados por indicadores padronizados. Para calcular estes indicadores utilizaram-se os valores de referência ($P = \text{proporção} \pm \sigma_p = \text{desvio-padrão da característica estudada}$) determinados a partir de uma amostra de 1037 profissionais de saúde pertencentes a cinco municípios brasileiros. Os indicadores de referência construídos do componente estrutura foram: Indicador de profissionais, Indicador de capacitação, Indicador de acesso a instrumentos de registro, Indicador de disponibilidade de insumos, Indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção. Os indicadores de referência construídos do componente processo foram: Indicador de informações sobre a Tuberculose (TB), Indicador de Tratamento Diretamente Observado (TDO), Indicador de ações externas para o controle da TB, Indicador de referência e contra referência para outros serviços de saúde. Os indicadores de resultado utilizados foram: proporção de cura, abandono e óbito de casos novos de TB diagnosticados no período de 2008 a 2011. Os resultados encontrados para o componente estrutura foram: indicador de profissionais envolvidos e indicador de capacitação para o atendimento da TB, considerados satisfatórios para o município com 94,5% e 82,5% respectivamente. O indicador de acesso a instrumentos de registro (71,0%) regular, com 9 (41,0%) serviços satisfatórios, 3(18%) regulares e 9(41,0%) insatisfatórios. O indicador de disponibilidade de insumos (94,1%) regular para o município com 12(54,5%) satisfatório, 6 (27,3%) regulares e 4(18,2%) insatisfatórios. O indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção (88,0%) foi regular com 8(36,4%) serviços satisfatórios, 10(45,4%) regulares e 4 (18,2%) insatisfatórios. Para o componente processo foram: O indicador de informações sobre a TB (97,4%) regular para o município com 12(54,5%) serviços satisfatórios, 1(4,5%) serviço regular e 9(41,0%) insatisfatórios. Os indicadores de TDO e de ações externas para o controle da TB considerados satisfatórios com 94,1% e 99,7%, respectivamente. O indicador de referência e contra referência (64,2%) insatisfatório no município com 3(13,6%) serviços satisfatórios, 7(31,8%) regulares e 12(54,5%) insatisfatórios. O componente resultado foi considerado insatisfatório para as proporções de cura, abandono e óbito por TB, no município, em 2011. A maioria dos indicadores foram bem avaliados no município, no entanto, vários serviços apresentaram indicadores regulares e insatisfatórios o que pode estar prejudicando o desempenho da estrutura e da atenção proporcionada no tratamento da TB e contribuindo para o baixo desempenho das taxas de cura, abandono e óbito no município.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Tuberculose. Análise de dados.

ABSTRAT

The present study aimed to evaluate the assistance provided to tuberculosis patients by basic attention, in the city of Uberaba, in 2011. This is a cross-sectional study for the evaluation of health care services in the control of tuberculosis in the perspective of health professionals. The study population was composed by 216 professionals: physicians, nurses, community health agents and nursing technicians, crowded in 22 health services. We used primary and secondary data sources in order to describe and evaluate the performance of health services in relation to the structure, process and outcome components. For the collection of information on the services was built a structured instrument with closed questions and the data analysed by standardized indicators. To calculate these indicators was used the reference values ($P = \text{proportion} \pm \sigma$ $p = \text{standard deviation of trait studied}$) determined from a sample of 1037 health professionals from five Brazilian counties. Reference indicators of constructed structure component were: professional indicator, training Indicator, indicator of access to registry tools, input availability indicator, indicator of health service joint with other levels of attention. Reference indicators of built process component were: information on tuberculosis (TB), directly observed treatment indicator (DOT), external actions indicator for TB control, indicator and benchmark against reference to other health services. Result indicators used were: proportion of cure, abandonment and death of new cases of TB diagnosed during the period from 2008 to 2011. The results for the structure component were: indicator of professionals involved and training indicator for TB care, considered satisfactory to the county with 94.5% and 82.5% respectively. The indicator of access to registry tools (71.0%) regular to the county, with 9 (41.0%) services satisfactory, 3 (18%) regular and 9 (41.0%) unsatisfactory. The indicator of availability of inputs (94.1%) regular to the county, with 12 (54.5%) services satisfactory, 6 (27.3%) regular and 4 (18.2%) unsatisfactory. The indicator of health service joint with other levels of attention (88.0%) regular to the county, with 8 (36.4%) satisfactory services, 10 (45.4%) regular and 4 (18.2%) unsatisfactory. To the process component were: the information on the TB (97.4%) regularly to the county with 12 (54.5%) satisfactory services, 1 (4.5%) regular service and 9 (41.0%) unsatisfactory. The DOT and indicators of external actions for the control of TB considered satisfactory with 94.1% and 99.7%, respectively. The benchmark indicator and reference (64.2%) unsatisfactory in the county, with 3 (13.6%) services satisfactory, 7 (31.8%) and 12 (54.5%) unsatisfactory. The result was considered unsatisfactory for the proportions of cure, abandonment and death by TB, in the county, in 2011. Most of the indicators have been well evaluated in the county, however, several indicators showed unsatisfactory and regular services, which may be harming the performance of the structure and care provided in the treatment of TB and contributing to the poor performance of the healing rates, abandonment and death in the county.

Key words: Evaluation of health services. Tuberculosis. Data analysis.

Lista de Ilustrações

Figura 1 – Indicador de estrutura de recursos humanos segundo profissionais envolvidos com o atendimento da tuberculose, Uberaba – MG, 2011.....	19
Figura 2 – Indicador de estrutura de recursos humanos segundo a capacitação para o atendimento da tuberculose, Uberaba – MG, 2011.....	20
Figura 3 – Indicador de estrutura de recursos físicos segundo o acesso a instrumentos de registro, Uberaba – MG, 2011.....	21
Figura 4 – Indicador de estrutura de recursos físicos segundo a disponibilidade de insumos do município, Uberaba – MG, 2011.....	22
Figura 5 – Indicador de estrutura da organização do serviço segundo a articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção, Uberaba – MG, 2011.....	23
Figura 6 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo as informações sobre a tuberculose, Uberaba – MG, 2011.....	26
Figura 7 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo o tratamento diretamente observado (TDO), Uberaba – MG, 2011.....	27
Figura 8 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo as ações externas para o controle da tuberculose, Uberaba – MG,.....	28
Figura 9 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo a referência e contra referência para outros serviços de saúde, Uberaba – MG, 2011.....	29

Lista de tabelas

Tabela 1 – Tempo médio de atuação dos profissionais na atenção básica em Uberaba – MG, 2011.....	16
Tabela 2 – Distribuição de frequência do componente avaliativo da estrutura dos serviços de atenção básica no tratamento da tuberculose em Uberaba- MG, 2011	18
Tabela 3 – Distribuição de frequência do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica no tratamento da tuberculose em Uberaba- MG, 2011	25
Tabela 4 – Classificação do componente de avaliação resultado do município de Uberaba no tratamento da tuberculose, no período de 2008 a 2011.....	30

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACD – Auxiliar de Cirurgião Dentista
AR – Ambulatório de Referência
CAISM – Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher
CAPS D – Centro de Atenção Psicossocial ao Dependente Químico
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DOTS – Terapia Diretamente Observada de Curta Duração
DP – Desvio padrão
ESF – Estratégia Saúde da Família
ES – Espírito Santo
GAL – Gerenciador de Amostra Laboratorial
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
MDR – Multi Droga Resistente
MG – Minas Gerais
OMS – Organização Mundial da Saúde
P – Proporção populacional
PB – Paraíba
PMCT – Programa Municipal de controle da Tuberculose
PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PR – Paraná
PSF – Programa Saúde da Família
SC – Santa Catarina
SE – Sergipe
SIDA – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP – São Paulo
SR – Sintomático Respiratório

SRS – Superintendência Regional de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS – Unidade Matricial de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USF – Unidade de Saúde da Família
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Justificativa.....	3
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1	Atenção Básica – Breve Histórico.....	4
2.2	Avaliação de Serviços de Saúde.....	6
3	OBJETIVOS.....	8
3.1	Objetivo Geral.....	8
3.2	Objetivos Específicos.....	8
4	MATERIAL E METODOS.....	8
5	RESULTADOS.....	13
5.1	Descrição da organização do serviço de atenção básica no município de Uberaba.....	13
5.2	Tipo de serviço de saúde e caracterização dos informantes-chave.....	16
5.3	Descrição e avaliação do componente estrutura.....	16
5.4	Descrição e avaliação do componente processo.....	24
5.5	Descrição e avaliação do componente resultado.....	30
6	DISCUSSÃO.....	31
6.1	Itens não validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de atenção básica.....	31
6.2	Itens validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de atenção básica.....	35
6.3	Itens não validados do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica.....	37
6.4	Itens validados do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica.....	38
6.5	Avaliação dos componentes estrutura e processo dos serviços de saúde.....	41
6.6	Avaliação do componente resultado.....	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.	45
	ANEXO A - Instrumento de coleta de dados.....	58
	ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	61

DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE UBERABA- MG

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada emergência mundial em saúde pública desde 1993 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e apesar dos contínuos esforços das autoridades mundiais ainda é um grave problema de saúde que precisa de intervenções sociais, econômicas e humanitárias para o seu efetivo controle (WHO, 2008).

É a segunda causa de mortes entre as doenças infecciosas no mundo, depois do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Em 2012 foram diagnosticados, no mundo, 8,6 milhões de casos novos de TB com 1,3 milhões de mortes por TB, destes 0,3 milhões associadas ao HIV (WHO, 2012).

Desde a década de noventa, como resposta global para o controle da tuberculose, a OMS tem recomendado a estratégia da Terapia Diretamente Observada de Curta Duração (DOTS). Esta foi baseada em compromisso político; diagnóstico usando baciloscopia de escarro; fornecimento regular de medicamentos antituberculostáticos de primeira linha; tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e um sistema padronizado de avaliação e monitoramento do número de casos detectados e de seus resultados (WHO, 2012).

A OMS, em 2006, propôs a estratégia Stop TB que teve como ponto central a expansão e melhoria da qualidade do DOTS, enfrentamento dos desafios relacionados à co-infecção TB/HIV e à tuberculose Multi Droga Resistente (TB-MDR), fortalecimento dos serviços de saúde incluindo abordagens relacionadas às doenças pulmonares, envolvimento de todos os prestadores de cuidados públicos e privados, capacitação das pessoas com TB e da comunidade, investimento na implementação de pesquisas operacionais voltadas para a avaliação dos programas com a finalidade de identificar problemas e soluções viáveis (WHO, 2006).

Entre 1995 e 2012 as *Estratégias DOTS e Stop TB* foram responsáveis pelo sucesso no tratamento de 56 milhões de pessoas salvando 22 milhões de vida (WHO, 2013).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que concentram 80% da carga mundial da TB. Em 2012, foram notificados 82.755 mil casos de todas as formas incluindo casos novos e de retratamento. A taxa de prevalência da doença foi 59 por 100.000 habitantes e a de incidência 46 por 100.000 habitantes. Esses indicadores

colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 108ª em relação ao coeficiente de incidência. A tuberculose foi responsável, em 2012, por 4,9 mil óbitos. Entre os pacientes co-infectados TB/HIV foram 2,1 mil óbitos (WHO, 2013).

Em Uberaba, no ano de 2011, a taxa de incidência foi 19,7 por 100.000 mil habitantes e a de prevalência de 23 por 100.000 mil habitantes com notificação de 71 casos de todas as formas entre casos novos e de retratamento. A TB foi responsável por 8 óbitos sendo que destes, 5 foram de pessoas que viviam com aids (UBERABA, 2012).

Há décadas, a TB no Brasil, está entre as doenças consideradas negligenciadas cuja solução não se limita ao tratamento medicamentoso, mas também ao enfrentamento dos problemas sociais (RUFFINO-NETTO, 2002).

Como forma de enfrentamento da TB no Brasil, em 2006, o governo descentralizou as ações de controle da TB dos Programas Municipais de Controle da TB (PMCT) para a atenção básica (AB) com o objetivo de impulsionar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos levando em conta o contexto sócio econômico e cultural das pessoas (BRASIL, 2012). Procurou reorganizar o sistema de saúde de modo a facilitar a integração entre instituições, profissionais e trabalhadores de saúde evitando a fragmentação do serviço para alcançar atenção integral e integrada (ALMEIDA et al., 2011).

No entanto, o sistema de saúde brasileiro, ainda se encontra estruturalmente fragmentado, centrado nas condições agudas de saúde, nas ações curativas e de reabilitação, sem garantia de acesso e assistência nos diferentes níveis. A falta de articulação gera a descontinuidade da assistência comprometendo a atenção prestada (LAVRAS, 2011).

Estudos realizados em municípios brasileiros mostraram que a qualidade dos serviços oferecidos sofria influência da disponibilidade adequada de estrutura física, da organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e da organização da assistência prestada em redes de atenção, considerados parte essencial para o bom desempenho dos profissionais de saúde na assistência ao paciente com tuberculose (CARDOSO-GONZALES et al., 2008b; FELISBERTO et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2013; SILVEIRA et al., 2001).

Vários estudos tem mencionado a existência de dificuldades que necessitam ser enfrentadas para alcançar a atenção integral e integrada ao doente de TB como a alta rotatividade dos profissionais de saúde (CAMPOS; MALIK, 2008) dificultando a criação de vínculo paciente/profissional de saúde (BRUNELLO et al., 2009) e fragilizando o processo de capacitação dos profissionais de saúde em TB; baixa participação de profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia e outros com o atendimento da TB (BÖING; CREPALDI, 2010); baixo conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos instrumentos de registro

e de insumos na assistência aos pacientes com TB (BEL et al., 2011); falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção que são considerados obstáculos à assistência integral ao paciente (GONÇALVES et al., 2009) entre outras.

Estudos de avaliação do sistema de saúde Brasileiro mostraram a necessidade de melhorar o desempenho na coordenação da assistência da AB a fim de viabilizar a oferta de serviços de qualidade, superando a fragmentação vigente (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011; SILVA, 2011).

No Brasil, no Canadá e na Holanda, estudos realizados avaliando o desempenho da AB nas ações de controle da tuberculose concluíram que avaliar programas e serviços, era um avanço importante para aumentar a compreensão das necessidades de saúde da população, melhorar a compreensão dos serviços e identificar as intervenções a serem realizadas pelos gestores. Identificaram também a necessidade de enfrentar os desafios relacionados às questões organizacionais e de estrutura na AB que poderiam comprometer a atuação das equipes e interferir na capacidade de resolução da atenção prestada (FORTIN et al., 2013; MANNIËN et al., 2012; MARCOLINO et al., 2009; SANTOS et al., 2012).

A presente proposta de estudo está inserida no Projeto “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil”. Projeto FAPESP Proc.: 2011/09469-6 (Auxílio Regular). Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

1.1 Justificativa

A relevância deste estudo justifica-se pela incorporação das ações de tratamento da TB nos serviços de Atenção Básica (AB), a partir de 2006. Alguns estudos têm mostrado a existência de uma estreita relação entre os fatores ligados à falência do tratamento da TB e o modo como às ações de controle e tratamento da doença foram desempenhadas no âmbito da AB. Verificou-se que apesar do acompanhamento do doente de TB nesses locais viabilizar a identificação dos fatores que fragilizam a adesão terapêutica, questões relacionadas ao fluxo de atendimento, à referência e contra-referência na prestação da assistência, a estrutura mínima para atuação das equipes e integração dos serviços de saúde nos diversos níveis eram fundamentais para melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente com tuberculose (ASSIS et al., 2010; CARDOSO-GONZÁLES et al., 2008a; b; MENDES; FENSTERSEIFER, 2004; FRENK, 2009; NATAL et al., 1999; RODRIGUES et al., 2010; SÁ et al., 2010).

Desta forma, este estudo pretende avaliar a assistência prestada pelos serviços de AB para o tratamento da TB em Uberaba, MG.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Atenção Básica - Breve Histórico

A noção de atenção primária à saúde foi atribuída ao *Relatório Dawson* organizado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido em 1920, tratando da organização do sistema de saúde inglês em três níveis: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola. Porém apenas a partir da década de sessenta com a crise da saúde nos Estados Unidos iniciou-se movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, enfocando duas vertentes: uma relacionada à medicina social e preventiva e a outra relacionada ao combate à pobreza (CONILL, 2008).

Em 1977 na 30ª Assembleia Mundial da Saúde ficou definido que o principal objetivo para os povos seriam alcançar “saúde para todos no ano 2000”. Esse objetivo desencadeou uma série de atividades que foram de grande importância para a construção de uma proposta que fosse viável para a concretização dessa meta (STARFIELD, 2002).

Essas atividades culminaram na declaração de Alma Ata em 1978, que definiu cuidados primários em saúde como:

“Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde” (ALMA ATA, 1978.)

Em meio à tensão política vivida pela população na década de 70 e com a saúde cada vez mais em foco na política, devido às pressões exercidas por diversos setores da sociedade civil, em decorrência das condições de saúde da população, e com um novo olhar mundial sobre as questões da saúde, enfatizado pela conferência de Alma-Ata, começou-se a se delinear no campo da saúde uma nova tentativa de resolver os problemas de saúde (BRASIL, 2007).

Tanto no cenário brasileiro quanto no mundial foram estabelecidos debates sobre o conceito de saúde/doença e a estruturação dos serviços de saúde.

No Brasil foi expedida a portaria interministerial 1/78 de 26 de julho de 1978, que estabeleceu as diretrizes para a execução dos serviços básicos de saúde, tendo como porta de entrada do sistema de saúde os serviços básicos de saúde através dos centros de saúde (BRASIL, 1978).

Com a crise da previdência social no final dos anos setenta e início dos anos oitenta e a mobilização de vários movimentos sociais, idealiza-se um novo modelo assistencial para a saúde no Brasil, cujo ápice se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde serviu de referência para a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988. Com a criação de um novo modelo assistencial foi necessário rever o olhar sobre o processo saúde/doença, incluindo os determinantes das condições de saúde da população assim como a reorganização do sistema de saúde para que ele se tornasse resolutivo e atendesse aos objetivos propostos.

Com a criação do Sistema Único de Saúde a partir da promulgação da Constituição em 1988, o governo Brasileiro iniciou o redirecionamento das políticas públicas focadas na descentralização das ações do nível federal para o municipal. A descentralização da assistência em saúde para os estados e municípios mostrou o despreparo dos gestores na gestão e prestação dos serviços e a necessidade de novos mecanismos de intervenção na saúde (ARRETCHE, 1999).

Nos anos 90, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF) propondo mudanças no foco de atenção à saúde, colocando o indivíduo como sujeito do seu estado de saúde/adoecimento, levando em conta o seu contexto social, econômico e cultural, abrangendo uma assistência integral (LEVCOVITZ, 1996; Apud ROSA; LABATE, 2005).

Referida como proposta inovadora o PSF amplia a rede de serviços básicos, oferecendo assistência inter e multidisciplinar a uma população adstrita à unidade de saúde em substituição as práticas tradicionais de assistência. Configurada como porta de entrada no sistema de saúde com objetivo de prestar cobertura universal, integral e equitativa (BRASIL, 1997).

Entretanto, estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 1999, revelou que questões de estrutura como as condições físicas das unidades de saúde e de recursos materiais, eram obstáculos a assistência dos usuários nas unidades de saúde da família (BRASIL, 2000).

Problemas relacionados à falta de preparo dos profissionais, precariedade das redes de atenção, ausência de sistema de referência e contra referência dentre outros, interferiam na

resolutividade do Programa de Saúde da Família com impacto negativo dos indicadores de monitoramento das ações da atenção básica (FAVORETO; CAMARGO JR, 2002).

Com a expansão das equipes de Saúde da família e a implantação da política nacional de atenção básica, em 2006, o PSF passa de programa a estratégia prioritária para reorganização das práticas de saúde na atenção básica (BRASIL, 2006). Sendo assim, ao assumir uma amplitude maior, a Estratégia Saúde da Família deveria adotar um nível de excelência para se fortalecer enquanto serviço e atingir seus objetivos (RIGHI et al., 2010).

Em 2006, seguindo orientação do Ministério da Saúde as ações de controle da tuberculose, foram descentralizadas dos Programas Municipais de Controle da Tuberculose para a atenção básica com o objetivo de facilitar o acesso da população ao diagnóstico e ao tratamento da doença, almejando alcançar os objetivos propostos pela OMS de curar 85% dos casos novos notificados, com diminuição do abandono a níveis aceitáveis de 5% (BRASIL, 2006).

Alguns avanços foram observados com a descentralização das ações de controle da tuberculose para a AB, como a expansão do TDO, e a redução das taxas de abandono, contudo não foram suficientes para melhorar os indicadores epidemiológicos da doença, encontrando-se ainda abaixo do preconizado pelo OMS (BRASIL, 2006).

2.2 Avaliação de Serviços de Saúde

O conceito de avaliação de programas públicos apareceu após a segunda guerra mundial a partir da necessidade do governo Norte Americano de conhecer o desempenho dos serviços públicos em diversas áreas, a fim de que se pudessem monitorar as suas ações, garantindo que os recursos fossem aplicados de forma eficaz. Na década de 70, a avaliação se fortaleceu em decorrência da necessidade de avaliar o funcionamento e a eficiência dos serviços de saúde dada a sua complexidade (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação tem sido, desde então, uma ferramenta utilizada pelos gestores de saúde em todo o mundo para enfrentar os problemas relacionados à resolutividade dos sistemas de saúde (VIACAVA et al., 2012).

O processo avaliativo que norteia a discussão deste estudo está centrado na avaliação de desempenho dos serviços de saúde da atenção básica utilizado por Felisberto et al., (2002). O termo avaliação apresenta várias definições em diferentes categorias, que enfatizam diferentes aspectos teóricos (PATTON 1982, apud FURTADO JR, 2001, p. 165-181).

Estudos de avaliação dos serviços de atenção primária a saúde realizados no Brasil e na Suíça utilizaram sistema de pontuação e classificação para avaliar os componentes estrutura/processo, comparando cuidados realizados por serviços tradicionais com outros cuidados desenvolvidos por serviços não tradicionais e o seu impacto na assistência oferecida aos doentes (ESCH et al., 2008; FELISBERTO et al., 2002). Medir a qualidade dos serviços oferecidos no âmbito do primeiro nível de atenção requer habilidade em entender a dinâmica de funcionamento nos diferentes contextos (STARFIELD, 2002).

Para atingir os objetivos propostos a avaliação deverá utilizar um conjunto de princípios capazes de subsidiar os governantes nas tomadas de decisões. De acordo com os autores estão entre esses princípios: utilidade, que se refere à capacidade que a avaliação tem de trazer soluções para os problemas levantados; oportunidade, a avaliação precisa ser feita em tempo oportuno a fim de que seus resultados sejam utilizados na tomada de decisão pelos governantes; factibilidade, deve ser viável economicamente, tecnicamente e politicamente; confiabilidade, deverá ser confiável para que possa ser aceita por todos os envolvidos no processo; objetividade, deve buscar “o melhor conhecimento e o maior aprofundamento” do que se avalia, contribuindo de forma clara para a compreensão da realidade levantada e direcionalidade, deve ser voltada para as necessidades do serviço e da comunidade (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Estudo realizado de avaliação de serviços de saúde permitiu aos gestores identificarem situações que dificultam a assistência, ajudando-os a tomar decisões baseadas em evidências; otimizando recursos, redirecionando políticas de saúde, e solucionando pontos de entrave no sistema (OLIVEIRA et al., 2010).

A avaliação normativa foco deste estudo se caracteriza por estudar os componentes da intervenção através do estabelecimento de critérios e normas, atribuindo valores ao objeto a ser avaliado. Estes valores necessitam ser traduzidos em informações capazes de mostrar a realidade daquilo que se avaliou (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000 apud CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 705-711).

Os itens dos componentes selecionados para este estudo foram aqueles relacionados à estrutura/processo/resultado, capazes de medir a qualidade dos serviços avaliados. A avaliação dos componentes estrutura/processo/resultado faz parte da abordagem da capacidade (utilizada como sinônimo da estrutura) e do desempenho (considerado como sinônimo do processo) de sistemas e serviços de saúde e de como esses componentes interferem na assistência prestada ao indivíduo. Essa análise se baseia em indicadores capazes de aferir a assistência disponibilizada (STARFIELD, 2002).

A utilização desses três componentes de avaliação dos serviços de saúde é possível por existir uma relação funcional e fundamental entre eles, o que significa que as características estruturais dos locais onde se presta a assistência têm propensão a influir sobre o processo da atenção, diminuindo ou aumentando a qualidade. De forma semelhante, mudanças no processo de atenção, incluindo as variações da qualidade, influenciam no efeito da atenção sobre o estado de saúde em diferentes níveis: social, de grupo de trabalhadores, do indivíduo (DONABEDIAN, 1996).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência prestada pelos serviços de Atenção Básica para o tratamento dos doentes de TB em Uberaba – MG

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização dos serviços de atenção básica do município de Uberaba.
- Avaliar a estrutura dos serviços de Atenção Básica para o tratamento da TB.
- Avaliar a atenção proporcionada aos doentes de TB nos serviços de Atenção Básica;
- Avaliar o resultado do tratamento da TB no município de Uberaba.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal de avaliação dos serviços de saúde, no controle da tuberculose, no município de Uberaba - MG.

4.1 População e Amostra do Estudo

Em 2011, os serviços de atenção básica contavam com 641 profissionais de saúde considerando os auxiliares de enfermagem 20 (3,1%), enfermeiros 69 (10,8%), técnicos de enfermagem 76 (11,9%), médicos 141 (22,0%) e agentes comunitários de saúde 335 (52,3%). Destes 489 (76,3%) foram responsáveis pelas ações de controle da TB atuando em 50 equipes que compunham a Estratégia Saúde da Família (ESF). Dos 489, 335 (68,5%) eram ACS, 54(11,0%) técnicos de enfermagem, 50(10,2%) médicos e 50(10,2%) enfermeiros.

O processo de amostragem foi aleatório simples com partilha proporcional e o tamanho da amostra mínima foi corrigido para uma população de 489 profissionais. Foi

considerado erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%. O tamanho da amostra mínima calculada foi de 216 profissionais. Os serviços de saúde foram sorteados até completar o número necessário para o estudo e todos os profissionais que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistados.

4.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Para atender os objetivos do estudo foram utilizadas fontes de dados primárias e secundárias, a fim de descrever e avaliar o desempenho dos serviços de saúde em relação aos componentes básicos de estrutura, processo e resultado.

Foi construído um instrumento estruturado com questões fechadas dividido em cinco seções: I – Tipo de serviço de saúde; II – Caracterização dos informantes-chave; III – Componente da avaliação - estrutura (recursos humanos, recursos físicos e organização do serviço); IV – Componente da avaliação – Processo (atenção proporcionada) e V – Componente da avaliação - resultado da atenção proporcionada. As questões foram compostas por respostas dicotômicas e de múltipla escolha (com resposta única) (ANEXO A).

Os componentes estrutura e processo compreenderam um total de 70 questões para à avaliação dos serviços de saúde. Foram elaboradas 39 questões relativas a estrutura e 31 questões para a atenção proporcionada (processo), elaboradas com base nas definições dos componentes básicos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (estrutura-processo-resultado), já utilizados em outros estudos de avaliação de intervenções para o controle da TB (CARDOSO- GONZÁLES et al., 2008a; b ; LEE ; PRICE, 1995; OLIVEIRA et al., 2010).

Com relação ao componente resultado foi utilizada a fonte secundária do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-TB), (DATASUS, 2012) e os dados coletados foram: de encerramento de casos novos de TB diagnosticados no período de 2008 a 2011; local de acompanhamento do caso, em 2011 e dados sócio demográficos e clínicos dos casos de abandono do tratamento e óbito por TB, em 2011.

O componente “estrutura” correspondeu aos recursos existentes para a execução dos serviços, sendo: físicos (como equipamentos, materiais de consumo e instalações); humanos (compreendendo número e qualificação dos mesmos); e fontes para manutenção da infraestrutura e da tecnologia existente, entendida neste estudo como organização do serviço de saúde (DONABEDIAN, 1996).

O componente “processo” implicou em uma série de atividades realizadas pelos e entre os profissionais e usuários que inclui os atributos de continuidade, coordenação da assistência, trabalho em equipe e forma de atendimento dos profissionais. Neste estudo, a avaliação do componente processo se restringiu à avaliação da atenção proporcionada (DONABEDIAN, 1996; STARFIELD, 2002).

Por fim, o componente resultado (outcomes) refere-se às mudanças no estado de saúde de indivíduos e determinadas populações pelas ações executadas nos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1996).

No presente estudo, as variáveis que compuseram os componentes avaliativos do instrumento foram construídas a partir do “*Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose*” (BRASIL, 2010a), do *Protocolo de Enfermagem para o Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose* (BRASIL, 2010b) e da série de artigos “*Melhores práticas para o cuidado de doentes com TB*” (WILLIAMS; ALARCON *et al.*, 2008a; b; c) que trouxeram as ações de maior relevância para o tratamento da TB nos serviços de Atenção Básica para atingir os objetivos do PNCT.

4.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados constituiu de entrevista no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012 com os profissionais de saúde envolvidos com o tratamento da TB. O instrumento de avaliação da atenção básica para o tratamento da TB (ANEXO A) foi preenchido por duas entrevistadoras alunas do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) devidamente capacitadas. A participação desses informantes ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). O tempo médio para a realização das entrevistas foi de 20 minutos.

4.4 Procedimentos e análises de dados

Os dados foram analisados por técnicas descritivas e indicadores de avaliação do desempenho dos serviços de saúde segundo os componentes avaliativos de estrutura, processo e resultado.

4.5 Técnicas Descritivas

A análise de frequência foi utilizada para descrever a distribuição de frequência das variáveis: tipo de serviço de saúde, horário de atendimento do serviço de saúde, função

exercida no serviço de saúde pelos informantes-chave, componentes avaliativos estrutura, processo e resultado dos serviços de atenção básica no tratamento da TB.

Para analisar o tempo de atuação do profissional de saúde na atenção básica foram determinados: média, desvio-padrão e coeficiente de variação.

4.6 Indicadores de avaliação do desempenho dos serviços de saúde segundo os componentes avaliativos de estrutura e processo

Para construir os indicadores deste trabalho utilizou os resultados do projeto multicêntrico desenvolvido nos municípios de Foz do Iguaçu PR, Uberaba – MG, São José do Rio Preto – SP, Cabedelo- PB e Natal – RN como referência (VILLA, 2011). No projeto multicêntrico o instrumento de avaliação da atenção básica para o tratamento da TB foi aplicado em uma amostra de 1037 profissionais pertencentes aos cinco municípios e a partir destes dados foram validados nove fatores que representaram os componentes avaliativos de estrutura e processo. No processo de validação, dos 70 itens do instrumento que designamos por avaliação da estrutura e processo da atenção básica para o tratamento da TB, 20 itens relativos ao componente estrutura foram validados em 5 fatores e 16 itens do componente processo foram validados em 4 fatores, totalizando os 9 fatores que foram utilizados para construir os 9 indicadores de referência. Um indicador de referência correspondeu a média μ

$= P$ (P igual a proporção da característica estudada) e desvio-padrão ($\sigma_p = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$) dos

itens do questionário que compuseram cada fator. Os indicadores de referência construídos do componente estrutura foram: **Indicador de profissionais** (composto por profissionais envolvidos com o atendimento aos doentes de TB, auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde) com valores de referência (84,2% \pm 3,3%); **Indicador de capacitação** (composto por capacitação realizada pela vigilância epidemiológica e médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde capacitados nos últimos três anos) com valores de referência (56,0% \pm 4,5%); **Indicador de acesso a instrumentos de registro** (composto por profissionais possuem acesso a ficha de notificação, prontuários, ficha de acompanhamento mensal, ficha diária de TDO, livro verde) com valores de referência (72,0% \pm 4,1%); **Indicador de disponibilidade de insumos** (pote para exame de escarro, pedido de baciloscopia, pedido de cultura) com valores de referência (92,2% \pm 2,4%); **Indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção** (doente necessita de consultas por possuir co-morbidades, doente necessita de consultas por ser co-infectado pelo HIV, doente necessita de consultas quando há complicações no tratamento,

doente necessita de consultas quando há dificuldades na realização do TDO) com valores de referência ($85,8\% \pm 7,6\%$).

Os indicadores de referência construídos de atenção proporcionada foram: **Indicador de informações sobre a TB** (quanto á forma de transmissão da doença, horário de tomar a medicação, reações adversas da medicação, necessidade de examinar os contatos, importância da adesão ao tratamento) com valores de referência ($97,7\% \pm 1,4\%$); **Indicador de TDO** (discussão junto ao doente sobre a realização do TDO, discussão sobre o local de realização do TDO, discussão sobre o dia da semana para realização de TDO, o serviço oferece TDO no domicílio, o serviço oferece TDO no serviço de saúde) com valores de referência ($72,2\% \pm 3,7\%$); **Indicador de ações externas para o controle da TB** (visitas domiciliares, ações educativas de forma rotineira, ações educativas em época de campanhas) com valores de referência ($74,8\% \pm 3,9\%$); **Indicador de referência e contra referência para outros serviços de saúde** (profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas, os profissionais fornecem informações escritas, há contra referência das informações referentes às consultas médicas) com valores de referência ($70,5\% \pm 4,1\%$).

A partir dos indicadores de referência, um indicador foi calculado para cada serviço de saúde e para o município utilizando o valor padronizado de $z = \frac{P_i - \mu}{\sigma_p}$ (P_i , proporção de cada serviço de saúde com as características estudadas e/ou proporção do município com as características estudadas; μ , indicador de referência e σ_p , desvio-padrão) considerando a aproximação da distribuição binomial a distribuição normal. Quanto maior o valor de Z maior é a distância do valor em relação à média aritmética. Foi considerado o valor de $Z = 1$ ou $Z = -1$, ou seja, um desvio-padrão para observar as diferenças entre P_i e μ . Desta forma, as categorias avaliadas foram indicadores menores que -1 (não alcançaram o valor médio e foram considerados insatisfatórios, correspondem a aproximadamente valores entre 0 e 30%), entre -1 e 1 (alcançaram o valor médio e foram considerados regulares, correspondem a valores maiores 30 e menores que 70%) e maiores que 1 (foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios, aproximadamente valores maiores que 70%).

4.7 Indicadores de avaliação do desempenho dos serviços de saúde segundo o componente resultado

Os indicadores de resultado utilizados neste trabalho foram a proporção de cura, abandono e óbito de casos novos de TB diagnosticados no período de 2008 a 2011.

Estes indicadores foram calculados dividindo-se o número total da característica estudada pelo número total de casos novos de TB por ano, subtraídos de casos transferidos e mudança de diagnóstico e este quociente foi multiplicado por 100.

O percentual de cura pactuado pelo Ministério da Saúde, desde 2006, foi de 85% e a proporção de abandono e óbito inferiores a 5% e 2%, respectivamente (Brasil, 2006). Estes valores foram utilizados para classificar o município em relação ao desempenho do componente avaliativo resultado. Desta forma, para o percentual de cura inferior a 85% o município foi considerado insatisfatório e para valores superiores, satisfatório. Com relação ao percentual de abandono e óbito, valores superiores às taxas pactuadas foram considerados insatisfatórios e inferiores satisfatório.

4.8 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo de acordo com o protocolo 1264/2011.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da organização do serviço de atenção básica do município de Uberaba

A cidade de Uberaba (MG) está localizada na região do Triângulo Mineiro com população estimada em 299.361 habitantes, em 2011, com área territorial de 4.523,957 km² e densidade demográfica de 65,43 hab/km². Pertence à Macro Região Triângulo Sul formada por 27 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba (SRS), considerada pelo Ministério da Saúde até 2011 município prioritário devido à alta incidência de tuberculose. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), em 2009, existiam no município 126 estabelecimentos de saúde sendo 44 municipais, 1 federal, 1 estadual e 80 privados.

A descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para a atenção básica ocorreu em maio de 2008, quando as 47 equipes de saúde da família médicos, enfermeiros, ACS (Agentes Comunitários de Saúde), técnicos de enfermagem; ACD (Auxiliar de Cirurgião Dentista) e cirurgiões dentistas foram capacitados para trabalhar com tuberculose.

Os serviços de saúde do município de Uberaba se organizavam tendo como porta de entrada dos usuários no sistema de saúde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades

de Saúde da Família (USF), as Unidades Matriciais de Saúde (UMS) e o ambulatório de referência (AR) em TB.

Em 2011, as UBS tradicionais ofereciam atendimento ginecológico, pediátrico, clínico geral, psicológico e odontológico e não possuíam USF (Unidades Saúde da Família); seu horário de atendimento era das 7:00 as 17:00 horas. As USF estavam equipadas e prontas para atender as necessidades básicas e de menor complexidade. Os atendimentos eram realizados na sede da USF e na residência do usuário. O horário de funcionamento era das 7:00 às 17:00 horas.

As UMS se caracterizavam por oferecerem atendimento básico (equipe de Saúde da família) e também atendimento nas áreas de ginecologia, pediatria, clínica geral, psicológica e odontológica, além de constituírem apoio para as USF de sua área de abrangência; funcionavam como unidade mista. O horário de funcionamento era das 7:00 as 19:00 horas.

O AR, com equipe multiprofissional, oferecia atendimento a partir de demanda espontânea para pessoas com suspeita de TB que procuravam o serviço para um primeiro atendimento e por agendamento para pacientes encaminhados de outros níveis de atenção do município, bem como era referência em tuberculose para os outros 26 municípios que compunham a SRS de Uberaba. O horário de funcionamento era das 7:00 as 17:00 horas.

Dos 22 serviços avaliados, 14 (63,6%) dos serviços funcionavam das 7 às 17 horas e 8 (36,4%) funcionavam até as 19 horas.

No ano de 2011, o município de Uberaba possuía 33 USF, 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 profissionais de saúde das USF eram compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem e de 3 a 9 agentes comunitários de saúde capacitados para o atendimento ao paciente com tuberculose. A capacitação era feita anualmente privilegiando o enfoque teórico com ênfase nas atividades de busca ativa do sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento supervisionado, tratamento clínico, avaliação dos contatos e funcionamento do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT). O tipo de vínculo empregatício na maioria dos profissionais era o de contrato por tempo determinado por um período de quatro anos.

As atribuições dos profissionais no tratamento da tuberculose estavam descritas no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2008). O enfermeiro era o profissional responsável pela centralização das ações de controle da tuberculose a nível local.

Em casos especiais algumas ações de assistência ao paciente com tuberculose foram realizadas em parceria com outros serviços como o Centro de Atenção Psicossocial ao

Dependente Químico (CAPS D), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM). As principais ações realizadas em parceria foram: busca ativa do Sintomático Respiratório (SR); exame de baciloscopia de diagnóstico e de acompanhamento e o TDO. Estas ações ficaram a cargo do enfermeiro do serviço e o acompanhamento clínico do doente realizado no serviço de referência de TB.

Em relação ao envolvimento das equipes de saúde no tratamento da tuberculose em Uberaba; cada equipe era responsável pelo seu doente. Em áreas descobertas ou quando o paciente não queria fazer o tratamento mais próximo de sua residência quem assumia o tratamento era a equipe de profissionais do AR em TB.

Existia também a possibilidade do paciente realizar o TDO em uma unidade de saúde e fazer o acompanhamento clínico em outra unidade ou no AR em TB, esta escolha era definida entre o profissional de saúde e o doente.

O veículo para realização do TDO domiciliar era liberado apenas para os profissionais do AR em TB que se responsabilizavam pelo tratamento supervisionado em áreas em que não existia cobertura das equipes de saúde da família.

As discussões de casos clínicos de TB realizadas pelas equipes de saúde da AB não eram sistematizadas, em 2011, aconteciam de forma casual. No entanto, no AR em TB ocorriam de forma sistemática, semanalmente, entre os membros da equipe.

No município, a alimentação do Sistema de Informação (Sinan) era realizada de forma centralizada no serviço de vigilância epidemiológica por um técnico e pela referência técnica do PMCT. As informações dos pacientes em tratamento eram repassadas através do Boletim Mensal de Acompanhamento, preenchidos pelos enfermeiros e enviados mensalmente ao PMCT. As equipes de saúde da AB não dispunham de equipamentos de informática e pessoal treinado para alimentar o Sinan.

O acompanhamento clínico mensal dos pacientes em tratamento por tuberculose ocorreu de diversas maneiras. Para os pacientes com retrovírose o acompanhamento aconteceu no Ambulatório de Doenças Infecto Parasitárias do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Para os pacientes diagnosticados nos serviços de AB o acompanhamento se deu no próprio serviço. Os pacientes que foram diagnosticados nos serviços particulares fizeram seu acompanhamento clínico no serviço particular e os pacientes que tiveram seu diagnóstico realizado pelo AR foram acompanhados pelo médico do AR.

No período de estudo o município não ofereceu nenhum incentivo aos pacientes em tratamento como vale transporte e cesta básica. Os pacientes com tuberculose e situação social de risco (desempregados) eram encaminhados para a assistente social no ambulatório

de referência em TB, para avaliação sócio familiar e entrada de solicitação pelo INSS de auxílio doença para o paciente, durante o período de tratamento. Os pacientes que não apresentavam situação de risco não eram avaliados pelo serviço social.

5.2 Tipo de serviço de saúde e caracterização dos informantes-chave

Foram entrevistados 216 profissionais de saúde, em 22 serviços de saúde sendo 13 (59,0%) de unidades de saúde da família, 8 (36,4%) de UMS e 1 (4,6%) de AR. Dos profissionais que responderam o questionário: 11 (5%) eram médicos, 24 (11,1%) enfermeiros, 27 (12,5%) técnicos de enfermagem e 154 (71,3%) ACS.

O tempo médio de atuação dos profissionais de saúde na AB foi de 4,4 anos e desvio padrão (dp=4,2) sendo que os técnicos de enfermagem apresentaram o maior tempo médio de permanência no serviço de saúde, 7,9 anos (dp=4,7) e menor coeficiente de variação, tabela 1.

Tabela 1 - Tempo médio de atuação dos profissionais na Atenção Básica em Uberaba – MG, 2011.

Categoria Profissional	Média (anos)	Desvio-padrão (anos)	Coeficiente de variação %
Enfermeiros	6,9	3,6	52,2
Médicos	5,8	8,0	137,9
ACS*	3,2	3,0	93,8
Técnicos enfermagem	7,9	4,7	59,5
Todos Profissionais	4,4	4,2	95,5

*ACS – Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Da autora, 2013.

5.3 Descrição e avaliação do componente estrutura

A tabela 2 apresentou a distribuição de frequência de todos os itens do questionário para o componente estrutura e os itens validados.

Com relação à estrutura de recursos humanos observou-se que os itens ‘outros profissionais envolvidos com o atendimento da TB’, (53,2%) e ‘outros profissionais capacitados nos últimos três anos’, (33,8%) apresentaram as menores proporções e foram considerados regulares. Os demais itens de estrutura de recursos humanos foram superiores a 70,0% e considerados satisfatórios.

A estrutura de recursos físicos apresentou três itens insatisfatórios ‘disponibilidade de cestas básicas’, (0,5%), ‘disponibilidade de vale transporte’, (3,2%) e ‘acesso à ficha de

acompanhamento mensal', (0,0%). Os itens 'acesso à ficha diária de TDO', (69,4%) e 'acesso ao livro verde', (44,9%) foram considerados regulares e os demais itens satisfatórios.

A estrutura da organização do serviço foi insatisfatória para os itens 'acesso ao resultado do exame de baciloscopia de escarro em 7 dias', (12,1%) e 'existência de sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB', (11,6%). Foi regular para os itens 'atendimento fora do horário comercial', (33,3%) e 'atendimento laboratorial atende a demanda' (64,4%). Os demais itens foram satisfatórios.

Tabela 2 - Distribuição de frequência do componente avaliativo da estrutura dos serviços de atenção básica no tratamento da tuberculose em Uberaba, 2011.

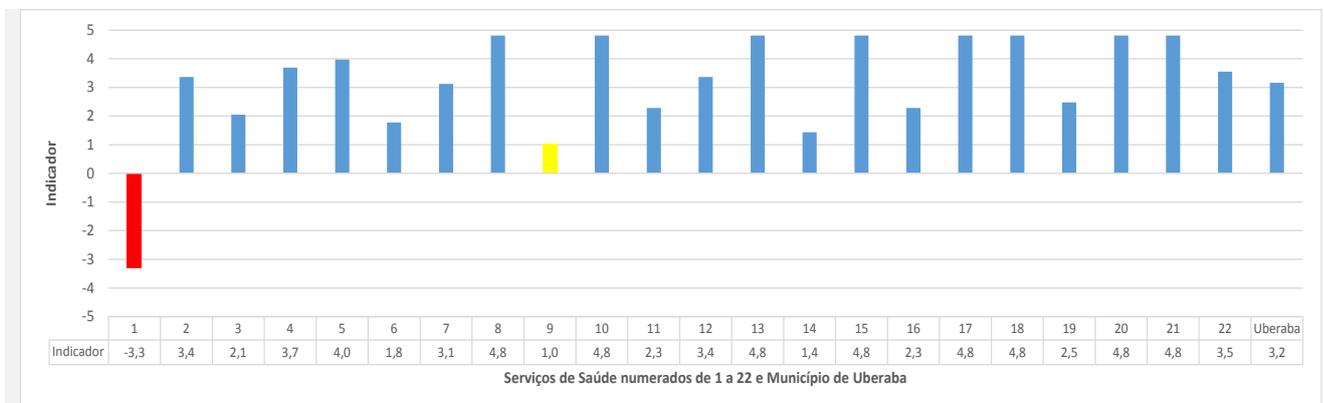
Itens do questionário	Sim (%)
Recursos Humanos	
1. Profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB - enfermeiro.	100,0
2. Profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB – auxiliar/técnico de enfermagem.	92,2*
3. Profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB - médico.	95,8*
4. Profissionais de saúde envolvidos com o atendimento aos doentes de TB – agente comunitário de saúde.	98,6*
5. Outros profissionais envolvidos com o atendimento aos doentes de TB	53,2
6. Profissionais capacitados nos últimos três anos - enfermeiro	92,1*
7. Profissionais capacitados nos últimos três anos – aux/técnico enfer.	75,5*
8. Profissionais capacitados nos últimos três anos – médico	80,5*
9. Profissionais capacitados nos últimos três anos – ACS	89,4*
10. Profissionais capacitados nos últimos três anos – outros	33,8
11. Oferecimento de capacitação em TB pelo PCT municipal	82,4*
12. Oferecimento de capacitação em TB pelos serviços de saúde da AB	87,5
13. Profissional de saúde responsável pelo TDO	95,8
Recursos Físicos	
14. Disponibilidade de salas para atendimento médico e de enfermagem	88,4
15. Disponibilidade de cestas básicas	0,5
16. Disponibilidade de vale transporte	3,2
17. Acesso à ficha de notificação	80,5*
18. Acesso aos prontuários dos doentes de TB	90,3*
19. Acesso à ficha de acompanhamento mensal	0,0*
20. Acesso à ficha diária de TDO	69,4*
21. Acesso ao livro verde	44,9*
22. Disponibilidade de Pote para exame de escarro	88,4*
23. Disponibilidade de pedido de baciloscopia de escarro	98,6*
24. Disponibilidade de pedido de cultura de escarro	96,8*
25. Disponibilidade de pedido de exame HIV	77,8
26. Disponibilidade de ficha de referência e contra referência	81,9
27. Disponibilidade de Antituberculostáticos	88,9
Organização do Serviço	
28. Atendimento fora do horário comercial	33,3
29. Realização de discussões dos casos de TB entre profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento	88,4
30. Acesso à consultas em prazo de 24 horas	75,5
31. Orientação à busca por atendimento fora da data agendada caso necessite	92,1
32. Articulação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica com outros níveis de atenção – doente necessita de consultas por possuir co-morbidades.	85,6*
33. Articulação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica com outros níveis de atenção – doente é co-infectado pelo HIV	81,0*
34. Articulação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica com outros níveis de atenção – há complicação no tratamento	90,3*
35. Articulação dos Serviços de Saúde da Atenção Básica com outros níveis de atenção – há dificuldade de realização do TDO	93,5*
36. Atendimento laboratorial aos Serviços de Saúde da Atenção Básica atende a demanda	64,4
37. Acesso ao resultado do exame de Baciloscopia de escarro em 7 dias	12,1
38. Existência de sistema informatizado contendo informações sobre doente de TB	11,6

* Itens validados

Os indicadores avaliados do componente estrutura de recursos humanos foram ‘indicadores de profissionais envolvidos com o atendimento de TB’ e ‘indicadores de capacitação’.

O indicador de profissionais envolvidos com o atendimento de TB foi de 94,5% e considerado satisfatório para o município. Este indicador foi satisfatório em 20 (91,0%) serviços de saúde, 1 (4,5%) com desempenho regular e 1 (4,5%) serviço com desempenho insatisfatório, conforme Figura 1.

Figura 1 – Indicador de estrutura de recursos humanos segundo os profissionais envolvidos com o atendimento da Tuberculose, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

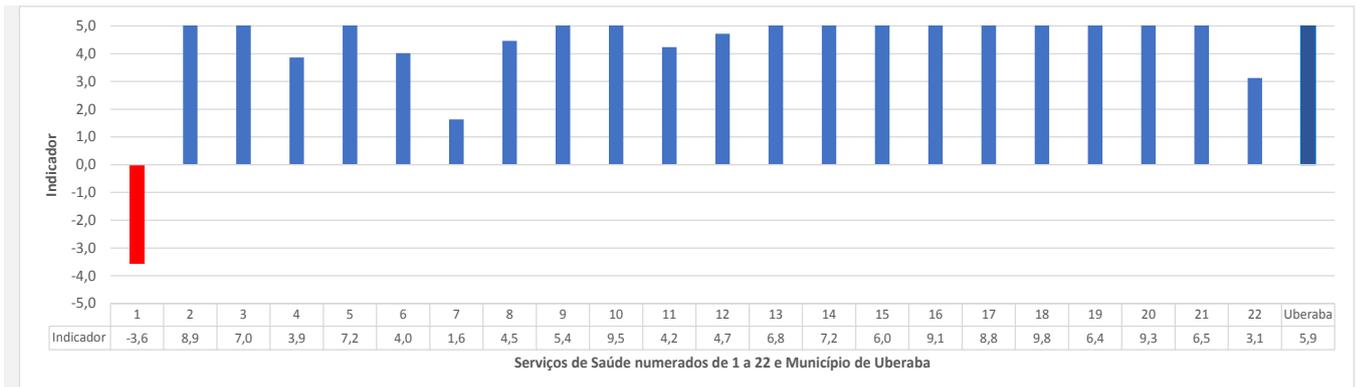
Indicador de profissionais envolvidos com o atendimento da TB (94,5%): composto por auxiliares/técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 84,2% e Desvio-padrão = 3,3%. Significado dos valores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador de estrutura capacitação dos recursos humanos do município com média de 82,5% foi satisfatório. Com relação aos serviços de saúde, 21 (95,5%) serviços tiveram desempenho satisfatório e 1 (0,5%) com desempenho insatisfatório, conforme Figura 2.

Figura 2 – Indicador de estrutura de recursos humanos segundo a capacitação para o atendimento da Tuberculose, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

Indicador de capacitação para o atendimento da TB (82,5%): capacitação realizada pela vigilância epidemiológica nos últimos 12 meses e médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde capacitados nos últimos três anos. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 56,0% e Desvio-padrão = 4,5%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

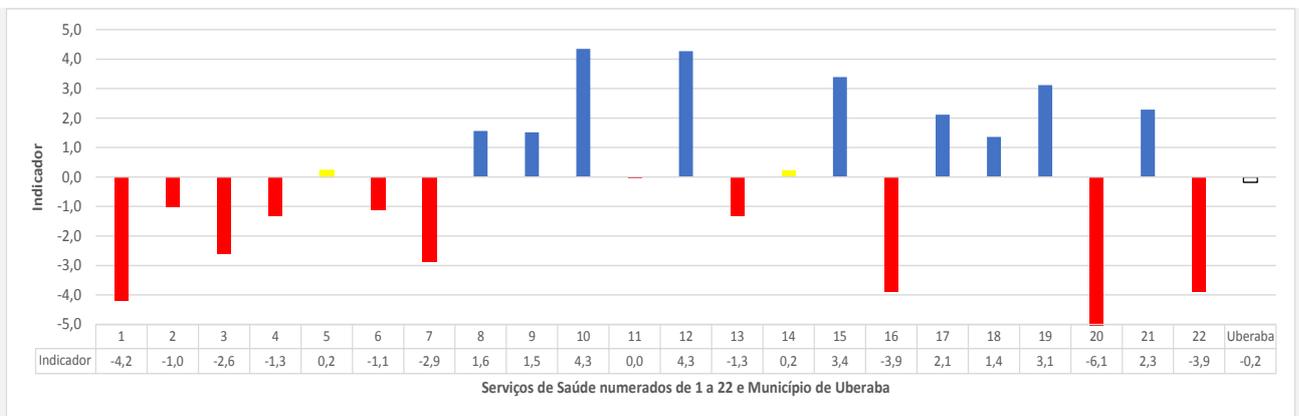
Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22.
Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

Os indicadores referentes ao componente estrutura recursos físicos foram compostos por ‘indicadores de acesso a instrumentos de registro’ e ‘indicadores de disponibilidade de insumos’.

O indicador de acesso a instrumentos de registro foi considerado regular para o município e apresentou valor médio de 71,0%. Em relação aos serviços de saúde 9 (41,0%) foram considerados com desempenho satisfatório, 4 (18,2%) serviços foram considerados com desempenho regulares e 9 (40,9%) serviços foram considerados com desempenho insatisfatório, conforme Figura 3.

Figura 3 – Indicador de estrutura de recursos físicos segundo o acesso a instrumentos de registro, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

- Satisfatórios
- Regulares
- Insatisfatórios

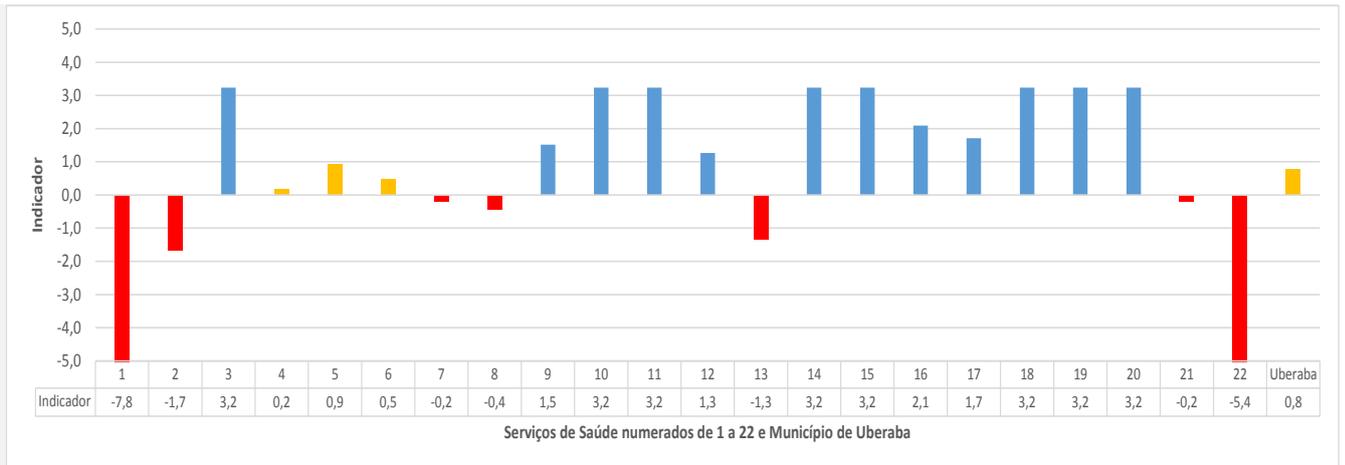
Indicador de acesso a instrumentos de registro (71,0%): profissionais possuem acesso a ficha de notificação, prontuários, ficha de acompanhamento mensal, ficha diária de TDO, livro verde. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 72,0% e Desvio-padrão = 4,1%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador de disponibilidade de insumos do município foi considerado regular com média de 94,1%. Com relação aos serviços de saúde, 12(54,5%) serviços foram considerados com desempenho satisfatórios, 6(27,3%) serviços foram considerados com desempenho regulares, 4(18,2%) serviços obtiveram desempenho insatisfatórios, conforme Figura 4.

Figura 4 – Indicador de estrutura de recursos físicos segundo a disponibilidade de insumos do município, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

- Satisfatórios
- Regulares
- Insatisfatórios

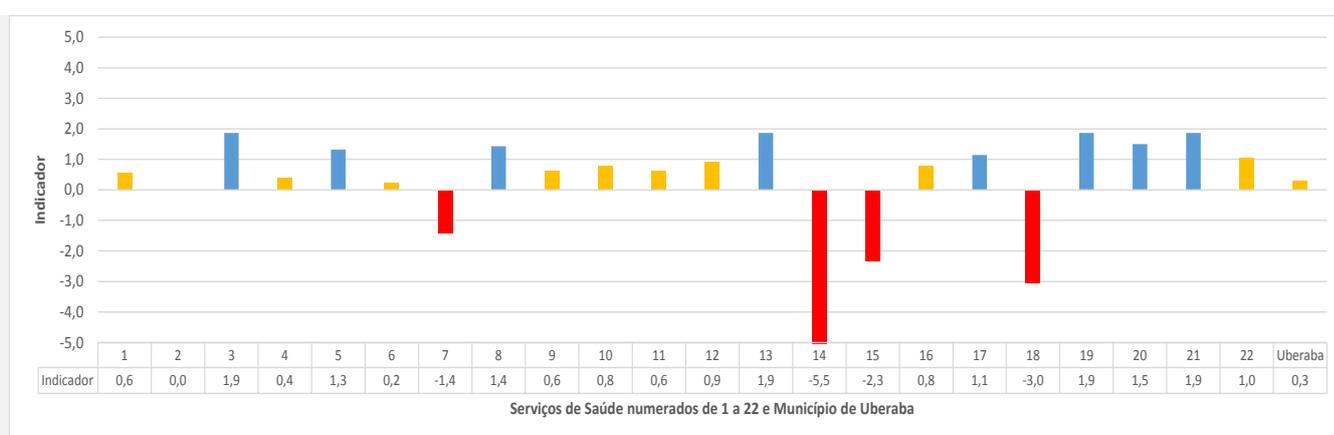
Indicador de disponibilidade de insumos (94,1%): pote para exame de escarro, pedido de baciloscopia e pedido de cultura. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 92,2% e Desvio-padrão = 2,4%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador referente ao componente estrutura da organização dos serviços foi composto pelo indicador de ‘articulação dos serviços de saúde com outros níveis de atenção’ obtendo desempenho regular com média de (85,8%). Em relação aos serviços de saúde 8(36,4%) serviços tiveram desempenho satisfatório, 10(45,5%) serviços foram considerados com desempenho regulares, e 4(18,2%) serviços foram considerados com desempenho insatisfatórios, conforme Figura 5.

Figura 5 – Indicador de estrutura da organização do serviço segundo a articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

Indicador de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção (88,0%): doente necessita de consultas por possuir co-morbidades, doente é co-infectado pelo HIV, há complicações no tratamento, há dificuldades na realização do TDO. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 85,8% e Desvio-padrão = 7,6%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

5.4 Descrição e avaliação do componente processo

Na tabela 3, foi apresentada a distribuição de frequência dos itens do questionário para o componente processo. De acordo com os resultados, o item “esse serviço de saúde oferece TDO no trabalho”, (8,2%) foi considerado insatisfatório e os itens regulares foram: ‘As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas de forma rotineira’, (54,5%); ‘Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle mensal’, (32,7%); ‘Há contra referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora deste serviço de saúde’, (34,3%) e ‘Livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB atualizado’, (38,0%). Os demais itens foram considerados satisfatórios.

Os indicadores avaliados do componente de processo foram ‘indicador de informações sobre a TB’; ‘indicador de TDO’; ‘indicador de ações externas para o controle da TB’ e ‘indicador de referência e contra referência para outros serviços de saúde’, figuras 6, 7, 8 e 9.

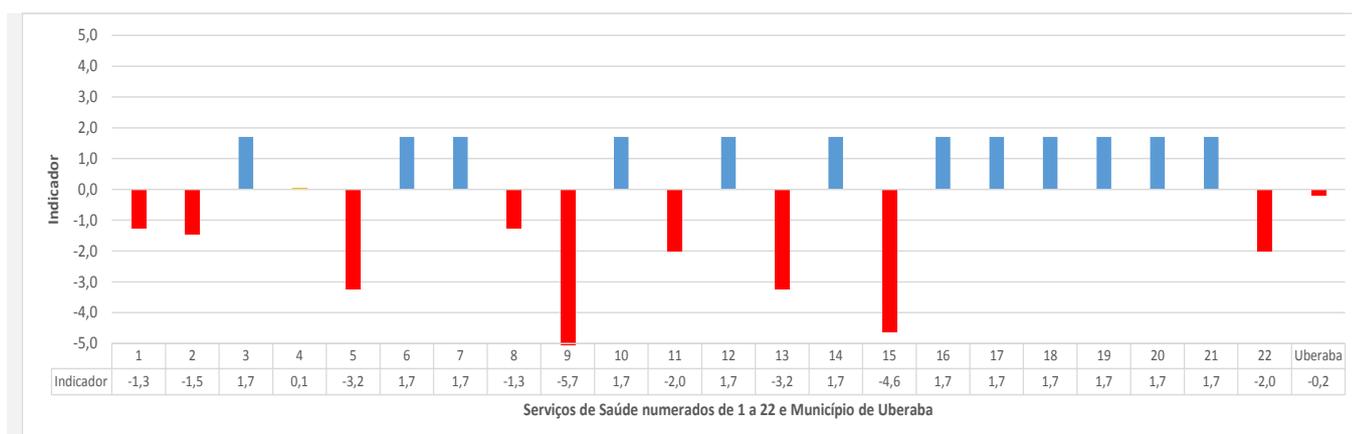
Tabela 3 - Distribuição de frequência do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica no tratamento da tuberculose em Uberaba, 2011.

Itens do questionário	Sim %
Processo	
1. Atendimento de outras necessidades de saúde/problemas do doente além da tuberculose	93,1
2. Atendimento pelo mesmo profissional de saúde	79,6
3. São passadas informações sobre a tuberculose quanto à forma de transmissão da doença	98,6*
4. São passadas informações sobre a TB quanto ao horário de tomar a medicação	97,9*
5. São passadas informações sobre a TB quanto às reações adversas da medicação.	95,7*
6. São passadas informações sobre a TB quanto à necessidade de examinar seus contatos.	97,9*
7. São passadas informações sobre a TB quanto à importância da adesão ao tratamento.	98,5*
8. Há discussão junto ao doente de TB sobre a realização do Tratamento Diretamente Observado	84,1*
9. Há discussão junto ao doente de TB sobre o local de realização do TDO.	82,0*
10. Há discussão junto ao doente de TB sobre o dia da semana para realização do TDO.	71,4*
11. Regularidade no fornecimento do medicamento antituberculostático	94,9
12. Esse serviço de saúde oferece TDO no domicílio	73,9*
13. Esse serviço de saúde oferece TDO no Serviço de saúde	70,7*
14. Esse serviço de saúde oferece TDO no trabalho	8,2
15. Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de tuberculose (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos?)	89,9*
16. As ações educativas em tuberculose voltadas para a comunidade são realizadas de forma rotineira?	54,5*
17. As ações educativas em tuberculose voltadas para a comunidade são realizadas em épocas de campanha?	80,1*
18. Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle mensal?	32,7
19. Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas?	87,8*
20. Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, relatório, etc) para entregar ao serviço referido?	89,5*
21. Há contra referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora deste serviço de saúde?	34,3*
22. Busca ao doente de tuberculose quando não comparece a consulta	96,3
23. Busca ao doente de tuberculose quando não realiza o TDO	99,5
24. Livro de registro e acompanhamento dos doentes de tuberculose atualizado	38,0

*Itens validados

O indicador de informações sobre a TB foi considerado regular para o município apresentando o valor médio de 97,4%, ficando dentro da média de referência para o indicador que é de 97,7%. Em relação aos serviços de saúde, 12(54,5%) serviços apresentaram desempenho satisfatório, 1(4,5%) serviço apresentou desempenho regular e 9(41,0%) serviços apresentaram desempenho insatisfatórios, conforme Figura 6.

Figura 6 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo as informações sobre a Tuberculose, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

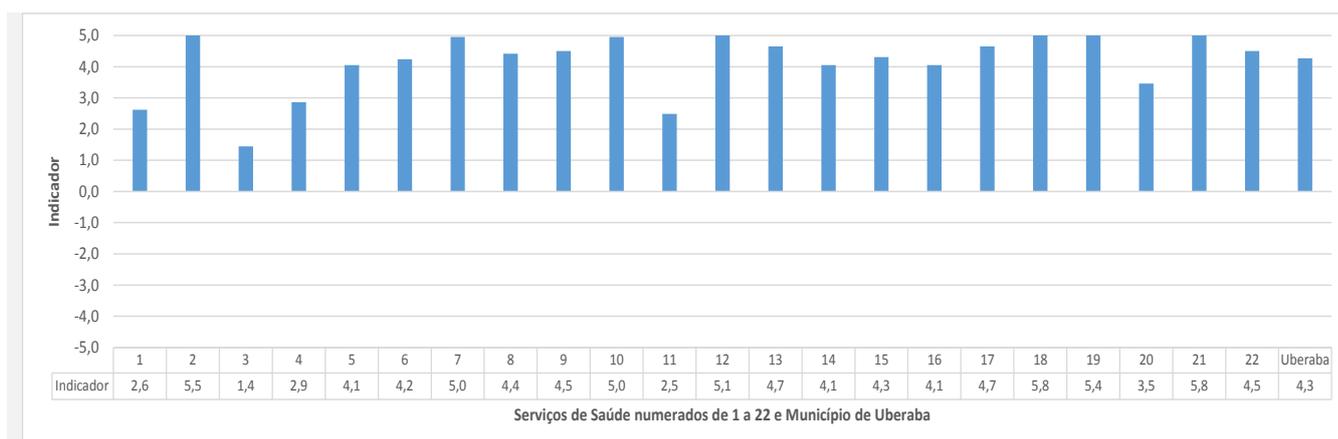
Indicador de informações sobre a TB (97,4%): composto por forma de transmissão da doença, horário de tomar a medicação, reações adversas da medicação, necessidade de examinar os contatos, importância da adesão ao tratamento: Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 97,7% e Desvio-padrão = 1,4%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador de TDO do município foi considerado satisfatório com média de 94,1% acima do indicador médio de referência (72,2%). Com relação aos serviços de saúde todos os 22 (100,0%) serviços foram avaliados satisfatoriamente, conforme Figura 7.

Figura 7 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo o tratamento diretamente observado (TDO), Uberaba-MG, 2011.



Legenda

- Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

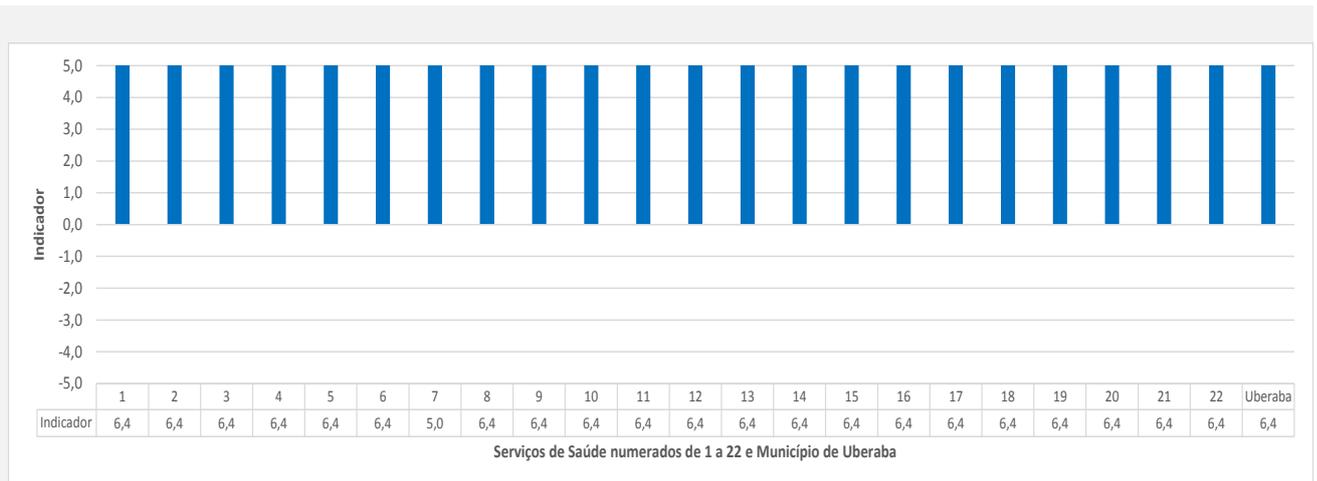
Indicador de TDO (94,1%): composto por discussão junto ao doente sobre a realização do TDO, discussão sobre o local da realização do TDO, discussão sobre o dia da semana para realização do TDO, o serviço oferece TDO no domicílio, o serviço oferece TDO no serviço de saúde. Valores de referência utilizados para construção dos indicadores: N = 1037; Média = 72,2% e Desvio-padrão = 3,7%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador de ações externas para o controle da TB do município apresentou desempenho satisfatório com média de 99,7% acima do indicador médio de referência (74,8%). Todos os 22(100%) serviços foram avaliados satisfatoriamente, conforme Figura 8.

Figura 8 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo as ações externas para o controle da Tuberculose, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

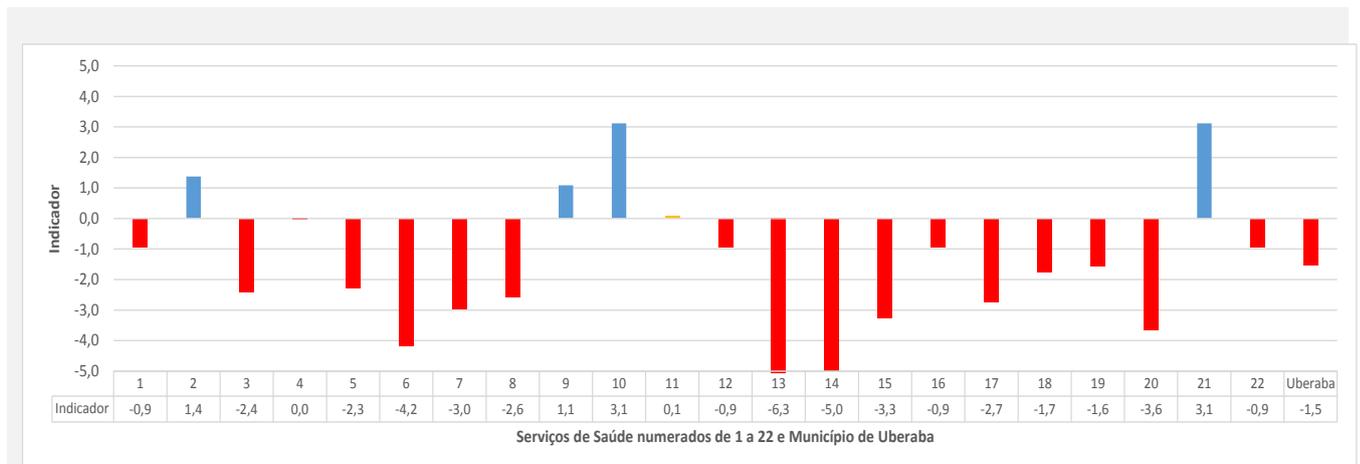
Indicador de ações externas para o controle da TB (99,7%): visitas domiciliares, ações educativas de forma rotineira, ações educativas em época de campanhas. Valores de referência para o cálculo dos indicadores de ações externas para o controle da TB: N = 1037; Média = 74,8% e Desvio-padrão = 3,9. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20. Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22. Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

O indicador de referência e contra referência para outros serviços de saúde foi considerado com desempenho insatisfatório no município obtendo média de 64,2% abaixo do indicador médio de referência (70,5%). Dos 22 serviços, 3(13,6%) serviços foram considerados satisfatórios, 7(31,8%) serviços foram considerados regulares e 12(54,5%) serviços foram considerados insatisfatórios, conforme Figura 9.

Figura 9 – Indicador de processo (atenção proporcionada) segundo a referência e contra referência para outros serviços de saúde, Uberaba-MG, 2011.



Legenda

■ Satisfatórios ■ Regulares ■ Insatisfatórios

Indicador de referência e contra referência para outros serviços de saúde (64,2%): profissionais ajudam na marcação de exames e consultas, os profissionais fornecem informações escritas, há contra referência das informações referentes às consultas médicas. Valores de referência para o cálculo dos indicadores de referência e contra referência para outros serviços de saúde: N = 1037; Média = 70,5% e Desvio-padrão = 4,1%. Significado dos escores dos indicadores: menores que -1,0, não alcançaram o valor médio de referência e foram considerados insatisfatórios; entre -1,0 e 1,0 alcançaram o valor médio de referência e foram considerados regulares e maiores que 1,0 foram superiores ao valor médio e considerados satisfatórios.

Unidades de Saúde da Família: 1,2,3,4,5,7,9,12,15,16,17,19,20.

Unidades Matriciais de Saúde: 6,8,10,11,13,14,18,22.

Ambulatório de Referência: 21.

Fonte: Da autora, 2013

5.5 Descrição e avaliação do componente resultado

O componente avaliativo resultado foi considerado insatisfatório para as proporções de cura, abandono e óbito por TB no município de Uberaba, no período de 2008 a 2011, tabela 4.

Tabela 4 - Classificação do componente de avaliação resultado do município de Uberaba no tratamento da tuberculose, no período de 2008 a 2011.

Ano	Casos (n)	Cura (%)	Abandono (%)	Óbito por TB (%)	Óbito por outras causas (%)	Óbito Total (%)	Classificação
2008	63	72,2	3,7	5,6	18,5	24,1	Insatisfatório
2009	78	70,8	16,9	1,5	10,8	12,2	Insatisfatório
2010	60	71,4	19,0	7,9	1,6	9,5	Insatisfatório
2011	61	64,0	9,8	13,1	13,1	26,2	Insatisfatório

Fonte: Da autora, 2013

Segundo dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), em 2011 foram notificados 71 casos novos de tuberculose de todas as formas sendo 6 (8,4%) foram notificados pela AB, 25 (35,2%) casos notificados na rede hospitalar do município, 38 (53,5%) casos notificados no ambulatório de referência para TB (PCT) e 2 (2,8%) casos foram notificados nas UPAs 24 horas. Dos 71 casos novos, 4 (5,6%) transferiram, 6 (8,4%) mudaram de diagnóstico e 61 (86,0%) foram tratados no município.

Dos casos tratados no município, 39 (64,0%) obtiveram cura, 6 (9,8%) abandono, 8 (13,1%) óbito por TB e 8 (13,1%) óbito por outras causas. Dos 39 que obtiveram cura, 29 (74,4%) foram acompanhados na AB, 9 (23,1%) no AR em TB, 1 (2,6%) paciente foi acompanhado em uma instituição de longa permanência. A taxa de incidência foi 19,7 por 100.000 mil habitantes.

Dos 16 (26,2%) pacientes que foram a óbito por TB e outras causas, 13 (81,3%) eram do sexo masculino, 12 (75,0%) TB pulmonar, 5 (31,3%) pessoas que viviam com aids, 7 (43,8%) etilistas, 11 (68,8%) com pelo menos um agravo associado, 10 (62,5%) foram notificados por serviço de saúde terciário e 6 (37,5) notificados por serviço secundário. Ainda, 4 (25,0%) foram notificados após o óbito e 3 (18,8%) foram a óbito um dia após a internação hospitalar. O tempo médio de tratamento dos pacientes que foram a óbito foi menor que um mês ($0,9 \pm 1,53$).

Dos 6 (9,8%) pacientes que abandonaram o tratamento, 100,0% era do sexo masculino, 5 (83,3%) com pelo menos um agravo associado sendo que 4 (66,7%) eram etilistas, 2 (33,3%) foram acompanhados pelo AR em TB e 4 (66,7%) por UBS.

6 DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) foi a que obteve maior tempo de atuação no serviço corroborando com outros autores (MEDEIROS et al., 2010; NEY; RODRIGUES, 2012). A maior permanência da equipe de enfermagem no serviço de AB, no período estudado, contribuiu para melhorar a assistência ao paciente com TB, em Uberaba.

Neste trabalho os profissionais médicos e ACS apresentaram para o tempo de atuação e maior coeficiente de variação, mostrando maior rotatividade destes profissionais na AB. Em outros trabalhos, também, foi observado que esses profissionais são os que mais frequentemente são substituídos (CAMPOS; MALIK, 2008; MEDEIROS et al., 2010).

O tempo médio de atuação dos médicos da AB em Uberaba foi semelhante a outras pesquisas realizadas, mostrando que a insatisfação dos médicos do PSF tem impacto direto na rotatividade deste profissional e que fatores como: capacitação, condições de trabalho inadequadas, excesso de trabalho, precário vínculo trabalhista, ausência de plano de cargos e salários, fragmentação da formação, estilo de gestão autoritário, ausência de vínculo com a comunidade, baixos salários, influenciam no tempo de permanência dos profissionais na AB, comprometendo seu trabalho junto à comunidade (CAMPOS; MALIK, 2008; LACERDA et al., 2012; NEY; RODRIGUES, 2012).

Em outros estudos observaram-se que a rotatividade dos profissionais prejudicou as ações desempenhadas pela equipe de saúde, os autores propõe resolver tais questões como forma de estimular os profissionais a permanecerem no campo de trabalho da AB (CAMPOS; MALIK, 2008; CANESQUI; SPINELLI, 2006; MEDEIROS et al., 2010).

Questões relacionadas ao vínculo com a comunidade e a identificação com a proposta de trabalho foram considerados pontos positivos por médicos para permanecerem nos serviços básicos de saúde (NEY; RODRIGUES, 2012).

6.1 Itens não validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de atenção básica

De acordo com os itens do questionário não validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de AB, observou-se que 100,0% dos profissionais de saúde reconheceram o enfermeiro como um profissional envolvido com o atendimento da TB. Alguns autores destacaram os enfermeiros como os responsáveis pelas ações de controle da

tuberculose em todos os municípios avaliados, confirmando o envolvimento deste profissional nas ações de controle da doença (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Com relação a outros profissionais, 53,2% reconheceram o envolvimento dos profissionais da saúde bucal, assistência social, psicologia e outros com o atendimento da TB. O reconhecimento da menor participação destes profissionais pode estar relacionado à falta de inserção e integração destes com a equipe responsável pelo doente, demonstrando a dificuldade de agregação de outras categorias profissionais nas ações de controle da TB, assim como a falta de políticas públicas na área da saúde que contemplem com maior clareza a inclusão de outras categorias profissionais nas equipes de AB (BÖING; CREPALDI, 2010; FIRMINO et al., 2009; VILLA et al., 2012).

Em estudo realizado na cidade de Belo horizonte – MG foi apontado que a ausência de psicólogo e assistente social dificultava a assistência ao paciente com TB (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

A capacitação de outros profissionais nos últimos três anos foi baixa 33,8% o que explica o baixo envolvimento de outras categorias profissionais nas ações de controle da doença. A inserção de outros profissionais na equipe ainda é recente, dificultando sua capacitação e o seu trabalho em equipe (FIRMINO et al., 2009).

Os profissionais (95,8%) reconheceram que existe um profissional designado para o TDO sendo na maioria das vezes, os mesmos profissionais da equipe, como enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS, não havendo um profissional específico para o TDO no município de estudo.

Em estudo realizado no município de São Paulo foi observado que os enfermeiros, técnicos e ACS foram os principais profissionais responsáveis pelo TDO (TERRA; BERTOLOZZI, 2008). Estudo realizado em Ribeirão Preto e São José do Rio Preto - SP revelou que os pacientes são “frequentemente acompanhados pelo mesmo profissional” apontando para a criação de vínculo paciente/profissional de saúde, contribuindo para a adesão do paciente ao tratamento e aumentando as chances de cura (BRUNELLO et al., 2009; PONCE et al., 2011).

Os itens disponibilidade de cestas básicas e disponibilidade de vale transporte não foram oferecidos pelo município, o que explica a baixa frequência de oferecimento. O MS no seu manual de recomendações para o controle da tuberculose (BRASIL, 2011) sugeriu a viabilização de incentivos como forma de aumentar a adesão do paciente ao tratamento. Alguns autores colocaram a necessidade de incluir na assistência ao paciente ‘incentivos’

devido à sua importância e sugeriram a regulamentação desta prática pelos municípios assim como a implementação de políticas de inclusão social (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Em estudo realizado para avaliar o acesso ao tratamento de tuberculose por coinfectados ou não pelo HIV concluiu-se que há uma dificuldade de acesso ao tratamento da TB, devido a questões relacionadas à locomoção do paciente até o serviço de saúde (RODRIGUES et al., 2012).

Em alguns municípios do Brasil a prática do uso de incentivos foi observada com êxito, favorecendo o vínculo profissional/paciente e sua adesão ao tratamento (CANTALICE FILHO, 2009; TERRA; BERTOLOZZI, 2008; VENDRAMIN et al., 2002; VIEIRA; RIBEIRO, 2011). Em Singapura, estudo semelhante mostrou que o uso de incentivos melhorou a adesão dos pacientes ao tratamento da TB (CHEE et al., 2014). No Equador, a utilização de incentivo monetário pelo governo, como parte de uma política de estímulo aos pacientes em tratamento por Tuberculose Multi Droga Resistente (TB-MDR), aumentou a adesão dos pacientes ao tratamento diminuindo significativamente os casos de abandono ao permitir ao paciente estabilidade financeira e a utilização do dinheiro em suas necessidades (SRIPAD et al., 2014).

O item atendimento fora do horário comercial apresentou desempenho insatisfatório, apesar de existir no município serviços que atendiam fora do horário comercial. No entanto, esses serviços não disponibilizavam assistência aos usuários que procuravam atendimento para TB por falta de profissionais após as 17 horas.

Estudo realizado em João Pessoa - PB mostrou que o funcionamento dos serviços fora do horário comercial facilitava o acesso do indivíduo ao diagnóstico e ao tratamento da TB (OLIVEIRA et al., 2013; VIEIRA; RIBEIRO, 2011). Outro estudo mostrou que apesar do horário de funcionamento da AB seguir o horário de funcionamento de uma unidade de saúde tradicional os serviços deveriam propiciar atendimento de qualidade aos seus usuários (ALMEIDA et al., 2011).

A realização de ‘discussões dos casos de TB entre profissionais de saúde’ responsáveis pelo atendimento dos pacientes com tuberculose foi considerada satisfatória pelos entrevistados o que confirma a importância dessa ação como estratégia de fortalecimento da atenção básica (ALMEIDA et al., 2011). No município, as reuniões para discussões dos casos de TB entre os profissionais das equipes de saúde da AB, ocorreram de forma casual conforme a necessidade devido à dificuldade no manejo clínico.

A discussão dos casos de TB pela equipe de saúde é parte essencial do tratamento, dando oportunidade aos profissionais para avaliar aspectos clínicos e operacionais, sanar as dúvidas, fortalecer a equipe e direcionar o tratamento.

O ‘acesso às consultas em prazo de 24 horas’; ‘orientação à busca por atendimento fora da data agendada caso necessite’ e ‘atendimento laboratorial aos serviços de Saúde da AB atende a demanda’ também não se correlacionaram o que pode ser explicado pelo não reconhecimento desses profissionais de que essas ações sejam específicas para o atendimento dos pacientes com TB, já que outras doenças também utilizavam destes fluxos para assistência.

O ‘acesso ao resultado do exame de baciloscopia de escarro em 7 dias’ e a ‘existência de sistema informatizado, contendo informações sobre o doente de TB’ apresentaram baixo desempenho. Em relação à entrega dos resultados de exames de baciloscopia, esses foram superiores a 7 dias, pois dependiam da disponibilidade de um veículo para transportar o exame das unidades até o laboratório. Essa dependência de serviço de transporte foi apontada como um obstáculo na agilidade para realização dos exames laboratoriais (TELLES; MENEZES; TRAJMAN, 2012). Em consequência, há uma maior demora na entrega dos resultados para o serviço, comprometendo a credibilidade de profissionais e usuários no serviço (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; SILVA-SOBRINHO et al., 2012).

Como solução para o problema na demora de entrega dos resultados, o MS criou o Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL) que constituía em um sistema informatizado que possibilitou o acesso aos resultados em um tempo menor, mas cuja implantação no município de Uberaba ficou restrita ao serviço de vigilância epidemiológica, devido à falta de estrutura das unidades, o que foi considerado por outros autores uma barreira para realização de um diagnóstico mais rápido (TELLES; MENEZES; TRAJMAN, 2012).

A inexistência de um sistema de informação específico de tuberculose para acompanhamento dos casos de TB na AB dificultou o planejamento, a execução e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais porque deixou de fornecer informações atualizadas e de qualidade necessárias ao acompanhamento do paciente em tratamento, trazendo prejuízo à assistência prestada, segundo alguns estudos (BELL; DUNCAN; SAINI, 2011; CAVALCANTI et al., 2012; THEME FILHA et al., 2012; NOGUEIRA et al., 2009).

6.2 Itens validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de atenção básica

De acordo com os itens do questionário validados do componente avaliativo estrutura dos serviços de atenção básica, os indicadores ‘profissionais envolvidos com atendimento de tuberculose’ e ‘de capacitação’ foram considerados satisfatórios para o município e insatisfatórios em apenas um serviço de saúde. Este serviço de saúde (USF), localizado no distrito I, iniciou seu funcionamento em 2008, com área de cobertura de 624 habitantes, pertencentes às classes sociais B e C (UBERABA, 2013). A falta de recursos humanos, neste serviço, como ausência de técnico de enfermagem e áreas descobertas de ACS, pode justificar o baixo desempenho do indicador profissionais envolvidos com o atendimento de TB, o que corrobora com outros autores (CARDOSO et al., 2008a; MONROE et al., 2008, SILVA-SOBRINHO et al., 2012).

No entanto, em outro trabalho, foi observado que serviços de saúde que dispõem de infraestrutura adequada, encontraram dificuldades para o trabalho em equipe, como lacunas de conhecimento e falta de envolvimento dos profissionais de saúde com o doente de TB (PAIXÃO; GONTIJO, 2007). A equipe de saúde completa e capacitada é o diferencial apresentado pelo PNCT para alcançar o controle da doença no país, incluindo a participação de outros profissionais que contribuem para a inclusão social do doente (SANTOS, 2007).

O oferecimento de capacitação em tuberculose pelo PMCT e pelos serviços de AB para os profissionais que compõe a equipe mínima das ESF ocorreu anualmente no município. No entanto, muitos profissionais capacitados pelo programa não permaneceram no serviço o que pode ter prejudicado o desempenho as ações de controle da TB no município estudado.

A importância da capacitação profissional tem sido mencionada como facilitadora do acesso a informações, possibilitando o planejamento das ações de controle da TB e promovendo o conhecimento dos profissionais com impacto direto na melhora da assistência prestada ao paciente. A capacitação torna as ações para o controle da doença mais resolutivas, além de proporcionar maior integração dos profissionais nas diretrizes estabelecidas pelo PNCT para o controle da doença (FAÇANHA et al., 2009; MARTÍNEZ et al., 2010).

Estudo realizado em Vitória - ES concluiu que médicos e enfermeiros possuíam ‘conhecimento suficiente’ para conduzir o manejo clínico da TB. Porém, foi sugerida a necessidade de capacitação continuada para ampliar o conhecimento, motivar o profissional, melhorar a qualidade no atendimento e a adesão do paciente ao tratamento (MACIEL et al., 2009; MISHRA et al., 2006).

Estudo realizado em Kangra, na Índia, identificou falta de médico e paramédicos, lacunas de conhecimentos entre os profissionais dos serviços que atuam no controle da TB,

sugerindo a necessidade de contratação de profissionais assim como cursos em atualização capacitação para a equipe (GUPTA; GUPTA, 2013).

Em Curitiba – PR, estudo realizado para avaliar o impacto das ações da ESF no controle da tuberculose concluiu que o aumento do número das equipes associada à capacitação continuada dos profissionais contribuiu para a redução dos casos novos, para o aumento do número de exames para o diagnóstico, redução do abandono e das taxas de mortalidade por TB (MARQUIEVIZ et al., 2013).

Os indicadores ‘de acesso a instrumentos de registro’ e ‘de disponibilidade de insumos’ foram considerados com desempenho regular no município o que pode ser explicado em parte ao não reconhecimento da utilização dos instrumentos de registros e de insumos pelos profissionais e em parte pela lacuna de conhecimento destes na utilização dos instrumentos de registro e de insumos na assistência aos pacientes com TB.

Em trabalho de revisão sistemática da literatura realizado em Sidney, Austrália concluiu-se que falta de conhecimento dos trabalhadores da saúde podem influenciar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes com TB (BEL; DUNCAN; SAINI, 2011).

Em alguns serviços do município de Uberaba os profissionais mantinham um prontuário exclusivo para atendimento relacionado à tuberculose, dificultando o acesso de outros profissionais ao tratamento dos doentes. Esta prática desvincula e fragmenta a assistência.

Os profissionais devem ser responsáveis pela anotação e uso das informações de forma compartilhada, garantindo assistência integral ao paciente com TB. A dificuldade no acesso e a precariedade dos registros encontrados neste estudo mostraram a fragilidade da assistência prestada na AB e corroboram com outros autores (SCHOUT; NOVAES, 2007; VASCONCELLOS; GIBEL; MORAES, 2008).

No município de estudo, notou-se uma fragmentação do acompanhamento do tratamento dos pacientes com TB, devido à ausência de integração entre os registros. Estudo realizado em Aracaju – SE, Belo horizonte – MG, Florianópolis – SC e Vitória – ES concluiu que o compartilhamento das informações, contidas no prontuário do paciente pelos profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção, eram condições básicas para continuidade da assistência ao paciente (GIOVANELLA et al., 2009).

Com relação ao indicador ‘de articulação do serviço de saúde com outros níveis de atenção’ considerado regular, foi observado que essas ações foram desenvolvidas no município de maneira informal, apenas quando o paciente necessitava de uma intervenção rápida. O município não possuía organização dos fluxos entre a AB e os níveis de atenção

secundário e terciário para que fosse garantido um atendimento rápido ao paciente. A organização do serviço era vinculada à marcação dos encaminhamentos através da fila eletrônica cujo tempo de espera foi determinado pela demanda.

No município de Uberaba, referência de TB para outros municípios, o longo tempo de espera pode ser barreira para o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento. Alguns autores consideraram que a ausência de fluxos formais e falta de integração entre os serviços foram obstáculos à assistência integral ao paciente (ALMEIDA et al., 2010; GONÇALVES et al., 2009; SILVA-SOBRINHO et al., 2012).

6.3 Itens não validados do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica

O item ‘atendimentos de outras necessidades de saúde/problemas do doente além da TB’ referente ao componente processo foi satisfatório. O envolvimento da equipe com outras necessidades do paciente mostrou a percepção dos profissionais a outras situações (familiares, culturais, sociais) que poderiam prejudicar a adesão do paciente ao tratamento e em consequência, comprometer seu processo de cura (OBLITAS et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2009; SÁ et al., 2007).

O item ‘atendimento pelo mesmo profissional de saúde’ também não se correlacionou com os demais, o que pode ser explicado pelo reconhecimento dos profissionais da AB de que a enfermagem esteve presente nos atendimentos realizados aos pacientes com tuberculose corroborando com outros autores (BRUNELLO et al., 2009; PONCE et al., 2011).

A disponibilidade de antituberculostáticos foi satisfatória. Estudo realizado em quatro capitais brasileiras (Aracaju- SE, Belo Horizonte - MG, Florianópolis - SC e Vitória – ES) mostrou que médicos e enfermeiros consideravam satisfatório o fornecimento regular de medicamentos para grupos prioritários (ALMEIDA et al., 2011).

Com relação ao item ‘oferecimento de TDO no trabalho’, considerado insatisfatório, devido à dificuldade dos serviços de implementarem essa ação, já que não contavam com veículo para o deslocamento da equipe, constituindo prejuízo no oferecimento desta atividade.

O item ‘esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle mensal’ foi insatisfatório devido à baixa solicitação do exame pelos profissionais. Alguns autores mencionam que a baixa solicitação poderia ser explicada em parte pela descrença dos profissionais na agilidade de realização dos exames pelo laboratório de referência e em parte

pela dificuldade do paciente em coletar a amostra (TELLES; MENEZES; TRAJAMAN, 2012).

As ações ‘busca ao doente de TB quando não comparece a consulta’ e ‘busca ao doente de TB quando não realiza o TDO’ foram mencionadas por mais de 96% dos profissionais. Estas ações são de responsabilidade do enfermeiro e necessitam ser imediatas, para prevenir o abandono e o surgimento da resistência bacteriana.

O item ‘Livro de registro e acompanhamento dos doentes de TB atualizado’ foi considerado com baixo desempenho entre os serviços avaliados. A atualização do livro de registro e acompanhamento de tratamento pelos profissionais de saúde foi considerada de grande importância pelo MS, por permitir uma visão direcionada e atualizada do tratamento fornecendo os dados necessários para acompanhar o processo de cura do paciente (BRASIL, 2011).

Estudo realizado no estado do Rio de Janeiro concluiu que o livro verde não foi utilizado de forma integral para planejar e avaliar as ações em tuberculose. O registro da assistência pelos profissionais de saúde tem sido um grande desafio enfrentado pelos serviços de saúde no Brasil e em outros países devido à baixa qualidade das informações comprometendo a assistência ao paciente (BELL; DUNCAN; SAINI, 2011; CAVALCANTI et al., 2012; SILVEIRA et al., 2001; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

6.4 Itens validados do componente avaliativo processo dos serviços de atenção básica

O indicador ‘de informações sobre a TB’ foi considerado com desempenho regular no município. Dos 22 serviços avaliados, 9 serviços foram considerados com desempenho insatisfatório, pelos profissionais de saúde, quanto as informações repassadas por eles aos pacientes com TB durante o tratamento. O desempenho insatisfatório dos serviços, poderia estar relacionado à baixa notificação de casos pela atenção básica. Em 2011, o maior número de diagnósticos, no município de Uberaba, ocorreu no AR em TB.

Alguns autores consideram que o primeiro atendimento é de grande importância para o paciente, é quando os profissionais passam informações sobre a doença e tratamento e é também o momento que se inicia o estabelecimento do vínculo profissional/paciente tão importante para a condução do tratamento (SOUZA, 2008; apud OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

Outros autores mencionaram que uma comunicação de qualidade entre profissionais de saúde e pacientes durante o tratamento, contribuiu para o vínculo e melhora da adesão ao TDO (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011; MISHA et al., 2006; PONCE et al., 2011).

Estudo realizado, em Recife – PE, apontou como uma das causas do abandono a falta de informação sobre a TB. A ausência de conhecimento sobre a doença leva o paciente a ignorar a gravidade do seu estado, comprometendo seu processo de cura pois ele acaba por dar menos importância ao tratamento (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012).

O indicador ‘de TDO’ foi considerado com desempenho satisfatório no município e em 100% dos serviços de saúde pesquisados. O TDO vem sendo oferecido pelo município de forma sistematizada para todos os pacientes em tratamento desde 2010 e foi a ação com maior comprometimento dos profissionais. O enfermeiro desempenhava a função de coordenador das ações do TDO entre paciente, equipe de saúde e o serviço, confirmando o desempenho positivo dessa ação no município de Uberaba. Estudos realizados no Rio de Janeiro – RJ e no estado de São Paulo apontaram o enfermeiro da AB como o coordenador das ações do TDO (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012; CARDOSO et al., 2012) semelhante ao ocorrido, em Uberaba, em 2011.

Estudos realizados em Quito, no Equador, Singapura, em Singapura e em Carapicuíba, São Paulo concluíram que o TDO contribuiu para a redução do abandono entre os pacientes em tratamento por TB aumentando os índices de cura da doença (CHEE et al., 2014; SRIPAD et al., 2014; VIEIRA; RIBEIRO, 2011).

O indicador ‘de ações externas para o controle da TB’ foi considerado com desempenho satisfatório no município de Uberaba e em todos os serviços pesquisados. As ações educativas em TB, no município, aconteciam durante a realização de visitas domiciliares e no âmbito dos serviços de saúde através de orientações nos grupos de hiperdia e palestra em sala de espera, achado semelhante a estudo realizado em João Pessoa - PB (SÁ et al., 2013). Os profissionais dos serviços avaliados no município de Uberaba reproduziam as ações educativas utilizando modelo tradicional de educação, desarticulada dos princípios do SUS, baseada na verticalização do conhecimento. Esta prática não agrega mudança de comportamento, pois não considera o indivíduo sujeito do seu processo de saúde-doença.

Em Uberaba, os casos de abandono e óbito por TB foram predominantes entre os homens mostrando uma maior dificuldade destes em buscar os serviços de saúde, seja para obter informações sobre a doença ou para buscar assistência. A grande maioria das unidades de saúde funcionavam apenas no horário comercial o que pode ter dificultado o acesso deles ao serviço e em consequência ao diagnóstico. Estudo realizado no município de João Pessoa

– PB identificou que mais da metade dos entrevistados “não tiveram acesso as informações sobre a TB” sendo o sexo masculino aquele que menos procurou os serviços de saúde (NOGUEIRA et al., 2012).

A maneira como os profissionais desenvolvem as ações educativas junto aos usuários seja na comunidade ou nos espaços dos serviços de saúde podem determinar impacto positivo ou negativo, na descoberta de casos TB. Estudo realizado em João Pessoa – PB encontrou como uma das causas relacionadas ao retardo do diagnóstico de TB a falta de informação sobre a doença (SÁ et al., 2013).

As ações educativas, na comunidade, desde que desenvolvidas numa perspectiva transformadora, proporcionam o esclarecimento de dúvidas com relação à doença, permite a derrubada de tabus sobre a TB e promove orientação para a comunidade, essenciais na descoberta de novos casos e enfrentamento da doença (THEME FILHA et al., 2012; PAIXÃO; GONTIJO, 2009; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010; SÁ et al., 2013).

Outro trabalho, realizado em João Pessoa – PB, constatou como fragilidades à integralidade da assistência, a falta de ações educativas específicas para a TB, dificuldades referentes à estrutura dos serviços e falta de capacitação profissional para desenvolvimento de atividades educativas voltadas para TB com enfoque participativo (TRIGUEIRO et al., 2009).

Alguns autores colocaram que a ausência de uma educação permanente não vinculada à prática diária dos trabalhadores da AB, não produziram mudanças no processo de trabalho (SANTOS; LANZA; CARVALHO, 2011). E outros autores mencionaram que “profissionais capacitados, atualizados e estimulados tendem a contribuir de forma mais eficaz para o serviço” (FAÇANHA et al., 2009; MISHRA et al., 2006; VIEIRA; RIBEIRO, 2011; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

O indicador de ‘referência e contra referência para outros serviços de saúde’ foi considerado com desempenho insatisfatório no município, com mais da metade dos serviços avaliados, relatando não receber à contra referência do atendimento realizado pelo serviço ao qual o paciente foi encaminhado.

Esse dado sugere a ausência de um fluxo formal de referência e contra referência, nos serviços de saúde, em Uberaba. O fluxo de encaminhamento dos pacientes com TB para outros serviços, em Uberaba, foi realizado informalmente pela enfermeira, em 2011. Estudo realizado em Botucatu - SP detectou ausência de um fluxo formal de referência e contra referência nos serviços de saúde (GONÇALVES et al., 2009). A deficiência do sistema de referência e contra referência pode interferir na continuidade da assistência prestada ao paciente com TB. Estudos realizados mostraram o fluxo de referência e contra referência

como um sistema que contribui para a integralidade do cuidado ao paciente, à medida que promove a continuidade da assistência, sendo indispensável para a efetividade do tratamento, servindo de articulador entre os diversos níveis de atenção, estabelecendo entre os serviços comunicação necessária para o acompanhamento das necessidades de avaliação do paciente (ASSIS et al., 2012; FRATINI et al., 2008; NKOSI et al., 2013; SILVA et al., 2010).

Em contrapartida 89,5% dos profissionais relataram a utilização de referência quando encaminharam o doente de tuberculose para atendimento em outro serviço de saúde o que pode ser explicado já que as informações contidas na referência garantem um atendimento mais ágil e eficaz ao paciente.

Alguns autores sugeriram que a deficiência no sistema de referência e contra referência pode estar ligado à rotatividade dos profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes e que capacitação profissional e atribuição de responsabilidades poderiam melhorar o desempenho do sistema (NKOSI et al., 2013).

6.5 Avaliação dos componentes estrutura e processo dos serviços de saúde

O componente estrutura foi mais bem avaliado em serviços que abrigavam outros serviços como atendimento médico de ginecologia, de pediatria e de clínico geral. Estes serviços funcionaram como suporte para os profissionais das ESF, o que pode ter contribuído para o desempenho satisfatório do serviço à medida que permitiu, no serviço avaliado, uma alternativa na organização da assistência (GIOVANELLA et al., 2009).

Entre as unidades avaliadas como satisfatórias, o componente processo obteve melhor desempenho no serviço de nº10 e no AR em TB. Ambos contavam com equipe completa e capacitada para o atendimento aos pacientes com TB. Estudo realizado em Itaboraí – RJ encontrou elevadas taxas de satisfação dos usuários atendidos no serviço de referência em TB (LAFAIETE et al., 2011).

6.6 Avaliação do componente resultado

Na avaliação do componente resultado os indicadores de cura, abandono, óbito por TB e óbitos por outras causas foram classificados como insatisfatórios no período de 2008 a 2011. Os resultados apresentados mostraram um percentual de cura inferior ao pactuado pelo Ministério da Saúde Pacto pela Vida (2006) que é de 85%, variando com máximo de 72,2% em 2008, e mínimo de 63,9% em 2011. Em relação ao abandono de tratamento a variação foi

mínima 3,7% em 2008 e máxima 19,0% em 2010, ficando acima da meta de abandono de tratamento.

No município de estudo a coorte de tratamento 2008-2011 apresentou altas taxas de mortalidade por TB, em 2008(5,6%), 2010 (7,9%) e 2011 (13,1%), semelhante a estudo realizado em Singapura que apresentou na coorte de tratamento 2005-2011 altas taxas de mortalidade por TB (10,2-11,7%) (CHEE et al., 2014). Dos pacientes que foram a óbito, em Uberaba, 4 foram diagnosticados após o óbito, semelhante a resultado encontrado em estudo realizado no município da Região Central (São Carlos, Ibaté, Porto Ferreira, Descalvado, Dourado e Ribeirão Bonito) do Departamento da Regional de Saúde – III localizado no centro do Estado de São Paulo (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

O maior número de diagnósticos no município ocorreu no serviço secundário (AR), seguido pelo terciário, mostrando que a descentralização das ações para o controle da TB ainda não foram consolidadas no município (VILLA et al, 2013; VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009). O baixo desempenho da AB em diagnosticar casos de tuberculose poderia estar relacionado à dificuldade dos profissionais em incorporarem na sua rotina de trabalho informações necessárias para a otimização do seu processo de trabalho, fragmentando e fragilizando a assistência, à medida que não utilizavam os recursos de que dispunham em sua prática diária (HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013).

A baixa notificação na atenção básica poderia estar ainda ligada à maior permanência dos profissionais dentro das unidades de saúde; pois acabavam se envolvendo mais com os atendimentos realizados nos serviços do que em atividades junto à comunidade comprometendo a identificação de casos suspeitos (MACIEL et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2009).

Apesar do indicador de TDO ter sido considerado satisfatório no município os indicadores de resultado cura e abandono ainda se encontravam longe das metas propostas pelo MS. Em todos os serviços avaliados o indicador de TDO alcançou média superior à média considerada como referência para a construção do indicador, mostrando que os serviços estavam acompanhando os pacientes em tratamento. No entanto, como explicar baixos índices de cura e altas taxas de abandono e mortalidade?

Uma das explicações pode estar ligada ao perfil epidemiológico dos pacientes que abandonaram o tratamento e daqueles que foram a óbito. Em Uberaba, ambos os grupos apresentaram fatores de risco para a doença (etilismo, co infecção TB/HIV e situação de rua). Vários estudos apontaram etilismo e infecção pelo HIV como fatores para o abandono de tratamento (CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; FURLAM; OLIVEIRA;

MARCON, 2012; MENDES; FENSTERSEIFER, 2004; WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Estudo realizado no estado do Paraná identificou como fator para abandono de tratamento as condições sociais de pacientes com TB (FURLAM; OLIVEIRA; MARCON, 2012). Esses fatores poderiam ter dificultado o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, em consequência ao diagnóstico e tratamento da doença, no ano de estudo. Fatores de risco relacionados às condições socioeconômicas foram considerados por alguns autores, de maior desafio para o diagnóstico e tratamento da TB, devido à interferência relevante na identificação dos casos e desfecho do tratamento (OLIVEIRA; ANTUNES, 2012; SAM PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Outra explicação para os indicadores de resultados não terem atingido as metas pode ter sido o despreparo do serviço e dos profissionais em lidar com grupos vulneráveis, cuja dinâmica de vida e adoecimento requer uma abordagem diferenciada. No município faltava estrutura como veículo e equipe multiprofissional capacitada para atendimento a esta população. Os pacientes que faziam uso de álcool e outras substâncias não foram encaminhados a serviços de referência para tratamento da dependência química devido à falta de estrutura dos serviços em atender o paciente dependente químico e com TB. A associação desses fatores pode ter incidido negativamente sobre os indicadores de resultado, no município de estudo.

Alguns autores consideraram que determinados fatores poderiam interferir no desfecho do tratamento dos pacientes de TB como: a falta de preparo dos profissionais para a realização do TDO, as condições de vida dos pacientes e organização do processo de trabalho da equipe (CARDOSO-GONZALES et al., 2008; KIZUB et al., 2012; QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Trabalho realizado na cidade de Belo Horizonte - MG concluiu que a qualidade dos serviços e a dificuldade de por em prática as orientações do PNCT poderiam influenciar o abandono de tratamento. Os autores sugeriram que profissionais sensibilizados, melhora da estrutura dos serviços, mais equipes multidisciplinares, ações de educação em saúde e de mobilização social poderiam melhorar a adesão do paciente ao tratamento e em consequência diminuir o abandono (WENDLING; MODENA; SCHALL, 2012).

Estudo realizado em João Pessoa – PB identificou questões estruturais como obstáculo à assistência aos pacientes com tuberculose (SÁ et al., 2013). Outro trabalho, no estado de São Paulo, mencionou fragilidades de infraestrutura e logística relacionadas às ações de

controle da TB como barreira para a assistência integral aos pacientes em tratamento (CALIARI; FIGUEIREDO, 2012).

Uma das limitações do estudo refere-se à amostra, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e ACS foram entrevistados segundo o valor calculado na partilha proporcional previsto no processo de amostragem. No entanto, apenas 5% dos médicos concordaram em participar da pesquisa, não obtendo os 10,2% propostos. Desta forma o valor mínimo calculado, da amostra, foi completado por outros profissionais. A dificuldade de entrevistar os médicos pode ser explicada pela alta rotatividade destes profissionais e a falta de tempo do profissional para responder o questionário.

Outra limitação pode ter sido o vínculo de trabalho dos profissionais, já que as respostas podem ter sido dadas levando-se em consideração a fragilidade de sua permanência no serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar o desempenho da atenção básica no tratamento da Tuberculose, em Uberaba, na análise dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Dos 70 itens do questionário, 36 itens foram validados em 9 indicadores para avaliação de desempenho dos serviços de saúde, no município de Uberaba.

Com relação ao componente avaliativo estrutura observou-se melhor desempenho para os indicadores de profissionais envolvidos com o atendimento da TB e capacitação para o atendimento da TB. Esses indicadores mostraram o comprometimento da equipe de saúde em algumas ações de controle da TB. No entanto, os indicadores de acesso a instrumento de registro, disponibilidade de insumos e articulação com outros níveis de atenção foram regulares o que pode configurar obstáculos à assistência integral ao paciente.

O componente avaliativo processo considerou satisfatório os indicadores de TDO e ações externas para o controle da TB que poderão causar impacto positivo na descoberta de novos casos e enfrentamento da doença. No entanto, o indicador de informações sobre a TB considerado regular retratou a necessidade de melhorar a qualidade das informações repassadas por eles aos pacientes com TB durante o tratamento e desta forma, fortalecer o vínculo e a adesão ao tratamento. O maior comprometimento das ações foi observado no indicador insatisfatório de referência e contra-referência interferindo na continuidade da assistência.

O componente avaliativo resultado mostrou baixas taxas de cura e altas taxas de abandono e óbito. Apesar de alguns indicadores terem sido bem avaliados no município, vários serviços apresentaram indicadores regulares e insatisfatórios o que pode estar prejudicando o desempenho da estrutura e da atenção proporcionada no tratamento da TB e contribuindo para o baixo desempenho das taxas de cura, abandono e óbito no município.

Dentre esses fatores podemos citar a alta rotatividade dos profissionais médicos e ACS nos serviços de saúde, em Uberaba, que pode estar prejudicando as ações de controle da TB e o desempenho dos serviços avaliados. A falta do profissional deixou a equipe reduzida em alguns serviços, dificultando as atividades, e interrompendo as ações de assistência ao paciente com TB.

Outros fatores como ausência de um fluxo formal, de referência e contra referência, de articulação com diferentes níveis de atenção, dificuldade de acesso a instrumento de registro e de insumos para o manejo TB, acesso ao livro verde, acesso ao resultado do exame de escarro, inexistência de sistema informatizado sobre a TB podem ter comprometido as ações de controle da TB, no município de Uberaba, contribuindo para o desempenho insatisfatório dos indicadores de resultado.

8 REFERÊNCIAS

- 1-ALMA ATA. Declaração de Alma Ata. **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde** – Alma Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso em: 08 jan. 2014.
- 2-ALMEIDA, Patty Fidelis et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- 3-ALMEIDA, Patty Fidelis et al. Fortalecimento da atenção primária a saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Pública**, Washington, v.29, n.2, p. 84-95, fev. 2011.
- 4-ARMITAGE, Gail D et al. Health systems integration: state of the evidence. **International Journal of Integrated Care**. v. 9, n.17 June, 2009. Disponível em: <<http://www.ijic.org/>>. Acesso em: 03-01-2013.
- 5-ARRETICHE, Marta Teresa da Silva. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n.40, p. 111-141, 1999.

6-ASSIS, Elisângela Gisele et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.1, fev. 2012.

7-BELL, C. A ; DUNCAN, G ; SAINI, B. Knowledge, attitudes and practices of private sector providers of tuberculosis care: a scoping review. **Int J tuberc Lung Dis**, v. 15, n. 8 p. 1005-1017, 2011.

8-B ING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras = The Psychologist in Primary Care: An Incursion in the Brazilian Health Public Policy. **Psicologia Ciência e Pprofiss o**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

9-BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência   Saúde, 2000.

10-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002 / Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

11-BRASIL. Portaria n . 648 de 28 de març o de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006.

12-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenç as End micas. Programa Nacional de controle da tuberculose. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015**. Brasília. Out. 2006.

13-BRASIL. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção   Saúde no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

14-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

15-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 168p.

16-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

17-BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose**. Brasília; 2010 a.

18-BRASIL. Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília; 2010 b.

19-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 76p.

20-BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. DATA SUS. Departamento de informação e informática do SUS. Acesso em : 05 fev. 2013.

21-BRASIL. Conselho Nacional de secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A participação das universidades e municípios - memórias**. Brasília. Conasens, 2007. 92p.

22-BRASIL. Portaria n. 001, de 26 de julho de 1978. Dispõe sobre a execução dos serviços básicos de saúde. **Diário Oficial da União**, p.1922-24, 31 jul. 1978.

23-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma estratégia para reorganização do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

24-BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 200p.

25-BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 176-82, 2009.

26-CALIARI, Juliano Souza; FIGUEIREDO, Rosely Morales de. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.1, p. 43-47, 2012.

27-CAMPANI, Simone Teresinha Aloise; MOREIRA, José da Silva; TIETBOHEL, Carlos Nunes. Fatores preditores para abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto alegre (RS) = Pulmonary tuberculosis treatment regimen recommended by the Brazilian National Ministry of Health: predictors of treatment noncompliance in the city of Porto Alegre, Brazil. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v.37, n.6, p.776-782, 2011.

28-CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilhera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, dez. 2005. Suplemento 1.

- 29-CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. **Revista Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.
- 30-CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica dos Santos. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set. 2006.
- 31-CANTALICE FILHO, João Paulo. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 35, n. 10, p. 992-997, 2009.
- 32-CARDOSO, Gisela Cordeiro Pereira 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. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 203-10, 2012.
- 33-CARDOSO-GONZÁLES, Roxana Isabel et al. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Revista Latino-Americana Enfermagem USP**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 95-100, jan-feb. 2008a.
- 34-CARDOSO-GONZÁLES, Roxana Isabel et al. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para o controle da tuberculose = The performance of health services in providing DOTs in households to control tuberculosis. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 628-34, Dec. 2008b.
- 35-CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2000. 1 v.
- 36-CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares 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 = Data register and management processes related to the information systems regarding tuberculosis in the counties of Rio de Janeiro State considered priority for tuberculosis control by the Global Fund for Tuberculosis in Brazil, 2009/2010. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 161-8, 2012.
- 37-CHEE, C. B. E. et al. Surveillance of tuberculosis treatment outcomes of Singapore citizens and permanent residents, 2002–2011. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.18, n. 2, p.141–146, feb. 2014.
- 38-CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma visão integrativa. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.3, p.599-406, jul-set. 2011.
- 39-CHUNG, Wei-Sheng; LI, Chi-Rong. Can DOTS improve quality of life among patients with pulmonary tuberculosis? **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 17, n.3, p.425-6, mar. 2013.
- 40-CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre atenção primária a saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros

urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 7-16, 2008. Suplemento 1.

41-CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *A Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Capítulo 2, p.29-47. Available from SciELO Books . Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

42-CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **Saber preparar uma pesquisa** - Definição, estrutura, financiamento. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1999.

43-CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação= Evaluating the institutionalization of evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-711, jul-set. 2006.

44-DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de agravos de Notificação – Sinan**. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Versa 4.0. Acesso em: 5 fev. 2012.

45-DONABEDIAN, Avedis. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care**, v. 8, n. 4, p. 401-7, Aug. 1996.

46-ESCH, Barbara M et al. Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.6, p. 74, sept. 2008.

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

48-FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 59-75, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312002000100005&script=sci-abstract&tlng=pt>>. Acesso em: 04 out. 2013.

49-FELISBERTO, Eronildo et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância no programa saúde da família, no estado de Pernambuco Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1737-1745, nov-dez. 2002.

50-FIRMINO, Juliana M et al. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Alethéia**, Canoas, n.30, p. 113-128, dez. 2009.

51-FORTIN, Martin et al. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. **BMC Health Services Research**, april

2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/132>>. Acesso em: 08 nov. 2013.
- 52-FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n.1, p. 065-072, jan-mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/0>>. Acesso em: 06 abr. 2013.
- 53-FRENK, Julio. Reinventing primary health care: the need for systems integration. **The Lancet**, v.374, p. 170-73, july 2009. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960693-0/fulltext#article_upsell>. Acesso em: 03 jan. 2013.
- 54-FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; OLIVEIRA, Simoni Pimenta de; MARCON, Sonia Silva. Fatores associados ao abandono de tratamento da tuberculose no estado do Paraná = Factors associated with nonadherence of tuberculosis treatment in the state of Paraná. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n.1, p. 108-14, 2012.
- 55-FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para avaliação em saúde = A constructivist method for health evaluation. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 165-181, 2001.
- 56-GIOVANELLA, et al. Saúde da família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil = Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- 57-GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser medico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p. 393-403, 2009.
- 58-GUPTA, Surender Nikhil; GUPTA Naveen. Evaluation of revised national tuberculosis control program, district kangra, Himachal Pradesh, Índia, 2007. **PubMed**. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21886948>>. Acesso em: 2 feb. 2014.
- 59-HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro et al. Avaliação do Programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazônica**, v. 43, n. 1, p. 33-42, 2013.
- 60-IBGE. **Assistência médica Sanitária, 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba|infograficos:-estabelecimentos-de-saude-e-morbidade-hospitalar serviços de saúde](http://cidades.ibge.gov.br/painel/saude.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba|infograficos:-estabelecimentos-de-saude-e-morbidade-hospitalar%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAE)>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- 61-KIZUB, D. et al. Qualitative study perceived causes of tuberculosis treatment default among health care works in Marocco. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.16, n.9, p.1214-1220, 2012.
- 62-LAFAIETE, Rute dos Santos; MOTTA, Maria Catarina Salvador da; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Satisfação dos usuários no programa de controle da tuberculose de um

município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n. 3, [07 telas] maio-jun. 2011. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 19 ag. 2013.

63-LAVRAS, Carmem. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil = Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, oct-nov. 2011.

64-LEE, T; PRICE, M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 76, n. 5, p. 441-9, Oct. 1995. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7496007> >. Acesso em: 3 jun. 2012.

65-MACIEL, Ethel Leonor Noia et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na estratégia de saúde da família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 395-1402, 2009.

66-MANNIËN, Judith et al. Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamics cohort study (DELIVER). **BMC Health Services Research**, mar. 2012. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/69>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

67-MARCOLINO, Alinne Bezerra Lucena et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux – PB. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 144 -57, 2009.

68-MARQUIEVIZ, Janete et al. Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR) = Family Health Strategy in tuberculosis control in Curitiba, State of Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p. 265-271, 2013.

69-MARTÍNES, Óscar Andrés Cruz et al. Conocimientos sobre tuberculosis em trabajadores de la salud en una localidad de Bogotá D.C. **Av. Enfermagem**, v. 29, n.1, p. 143-151, jan. 2011.

70-MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia Saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

71-MENDES, Aderlaine de Melo; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 25-36, abr. 2004.

72-MISHRA, Pranaya et al. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. **Patient Education and Counseling**, v. 63, p. 29-37, 2006.

73-MONROE, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose = Involvement of health primary care teams in the control of tuberculosis. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.42, n.2, p. 262-7, 2008.

74-NATAL, Sonia et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Boletim Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 65-78, jan-jun. 1999.

75-NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1293-1311, 2012.

76-NKOSI, et al. Factors influencing specialist care referral of multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis patients in Guateng/South africa: a descriptive questionnaire-based study. **BMC Health Services Research**, n. 13, p. 268, 2013. Disponível em: www.biomedcentral.com/1472-6963/13/268. Acesso em: 7 set. de 2013.

77-NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. O Sistema de Informação e o Controle da tuberculose nos Municípios prioritários da Paraíba – Brasil. **Revista Escola Enfermagem USP**, v.43, n. 1, p. 125-31, 2009.

78-NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. Utilização dos serviços de saúde na atenção à Tuberculose: Peculiaridades masculinas = The Use of Health Care Services in Tuberculosis: Male Peculiarities. **Arq Ciênc Saúde**, v.19, n.2, p. 23-9, abr-jun 2012.

79-OBLITAS, Flor Yesenia Musayón et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. [9 telas] jan-fev. 2010.

80-OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virgínio et al. Diagnóstico da tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 1, p. 145-51, 2013.

81-OLIVEIRA, Joelma Farias de; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira. Abandono anunciado ao tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde da família do Recife – a perspectiva do usuário = Announced tuberculosis treatment abandonment in a family health unit of Recife - the user's perspective. **Revista Atenção Primária a Saúde**, v. 15, n.1, p. 4-13, jan/mar, 2012.

82-OLIVEIRA, Luísa Gonçalves Dutra et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose = Evaluation model for tuberculosis control program. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 997-1008, jun. 2010.

83-OLIVEIRA, Sonia Aparecida da Cruz et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, may-june 2009.

84-PAIXÃO, Lúcia Miana M; GONTIJO, Eliane Dias. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-13, 2007.

85-PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva et al. A categoria profissional dos médicos : fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM**, Belo Horizonte, 2009.

86-PONCE, Maria Amélia Zanon et al. Vínculo profissional/doente no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em município do interior paulista. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.19, n. 5, [8 telas], set-out. 2011. Disponível em: < www.scielo.br. >. Acesso em: 7/03/2013.

87-QUEIROZ, Elisangela Martins de; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n.2, p.453-61. 2010.

88-RIGHI, Ângela Weber et al. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família = Quality in public health services – an assessment of the Family health strategy . **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-669, set. 2010. Disponível em: < <http://producaoonline.org.br/rpo/article/view/405> >. Acesso em: 9 nov. 2013.

89-RODRIGUES, Ana Maria da Silveira et al. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose por coinfectados ou não pelo vírus da imunodeficiência humana. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.5 p. 1163-1169, out. 2012.

90-RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.2, p. 383-7, 2010.

91-ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.6, n.13, p.1027-34, nov-dez. 2005.

92-RUFFINO-NETTO, Antônio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v. 35, n.1, p. 51-58, jan-fev. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822002000100010&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 22 fev. 2013.

93-SÁ, Lenilde Duarte et al. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono = Tuberculosis treatment in Family health units: stories of abandonment. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p. 712-8, out-dez, 2007.

94-SÁ, Lenilde Duarte et al. Abandono do tratamento e elenco de serviços no cuidado ao doente de tuberculose. **Revista Enfermagem UFPE**, v.4, n.3, p.178-86, jul-set. 2010.

95-SÁ, Lenilde Duarte et al. A discursividade de gestores sobre aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico de tuberculose. The discourse of health managers on aspects related to the delay in tuberculosis diagnosis. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 5, p. 1170-7, 2013.

96-SAM PEDRO, Alexandre; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Pública**, v.33, n.4, p. 294-301, 2013.

97-SAMICO, Isabela et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.2, jun. 2005.

98-SANTOS, Eliezer Rodrigues dos; LANZA, Liria Maria Bettiol; CARVALHO, Brígida Gimenez. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família = Continuing Health Education: the experience of social work with Family Health Teams. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 16 - 25, jan-jul. 2011.

99-SANTOS, Tatiana Melo Guimarães dos et al. Atuação dos profissionais da estratégia de saúde da família no controle da tuberculose. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n.6, p. 954-61, 2012.

100-SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais = From records to indicators: the management of health care information production in hospitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007.

101-SILVA, Elisângela Mascarenhas et al. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana Saúde Pública**, v.34, n.2, p.227-239, abr-jun. 2010.

102-SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde. Desafios do sistema único de saúde (Brasil) = The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

103-SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al. Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina. **Rev Panam Salud Pública**. v. 31, n. 6, p.461-8, 2012.

104-SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo = Prenatal care at the primary health care level: na assessment of struture and process. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 131-139, jan-fev. 2001.

105-SOUZA, Maria Fátima de. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.1, dez. 2000.

106-SRIPAD, A et al. Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis. **Int J Tuberc Lung Dis**, v.18, n.1, p.44-48, jan. 2014.

107-STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002. 726 p.

108-TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamouri. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 3 jun. 2012.

109-TELLES, Maria Alice da Silva; MENEZES, Alexandre; TRAJMAN, Anete. Gargalos e recomendações para incorporação de novas tecnologias de tuberculose no Brasil. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v. 38, n. 6, p. 766-770, 202.

110-TERRA, Maria Fernanda; BERTOLOZZI, Maria Rita. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.16, n. 4, jul-ag, 2008.

111-THEME FILHA, Mariza Miranda et al. Análise da tuberculose em uma unidade de atenção primária á saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros = Analysis of tuberculosis in a unit of primary health care in the city of Rio de Janeiro: clinical profile, treatment outcome and quality of records. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 169-76, 2012.

112-TRIGUEIRO, Janaína von Söhsten et al. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.4, p. 660-666, out-dez, 2009.

113-UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. **Plano de ação para o controle da tuberculose em Uberaba**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Municipal de Controle da Tuberculose, 2011.

114-UBERABA. Secretaria de desenvolvimento e Turismo – SEDET. **Índices municipais de territorialização do programa mais cultura - bairros de Uberaba**. Projeção da população por bairros baseada nos dados do censo de 2000 IBGE. Disponível em: < http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/fundacao_cultural/arquivos/rede_de_pontos/TA_BELA%20I...pdf >. Acesso em: 21 de julho 2013.

114-VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil = Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 173-S182, 2008. Suplemento 1.

116-VENDRAMINI, et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.10, n.1, jan-jun. 2002.

117-VIACAVAL, Francisco et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise = Evaluation of performance of health systems: a model for analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012.

118-VIEIRA, Amadeu Antonio; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, v.37, n. 2, p. 223-231, 2011.

119-VILLA, Teresa Cristina Scatena et al. O impacto da descentralização do sistema de saúde na prevenção e controle da tuberculose: o caso do Brasil (1980-2005) In: Organización Panamericana de La Salud. (Organizadores). **Descentralización Y Gestion Del Control De**

Las Enfermedades Trasmisibles Em América Latina. Organización Panamericana de La Salud, 2006.

120-VILLA, Teresa Cristina Scatena et al. Satisfação do usuário com os serviços de atenção à tuberculose em Ribeirão Preto, 2088. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.234-43, 2012.

121-VILLA, Teresa Cristina Scatena; RUFFINNO-NETTO, Antonio. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, n.6, p. 610-612, 2009.

122-VILLA, Teresa Cristina Scatena. **Projeto “Avaliação da Atenção Básica para o tratamento da tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde e doentes em municípios do Brasil”**. Relatório de pesquisa Projeto FAPESP Proc.: 2011/09469-6 (Auxílio Regular). Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

123-VILLA, Teresa Cristina Scatena et al. Diagnóstico oportuno da tuberculose nos serviços de saúde de diversas regiões do Brasil. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 21(Spec):[08 telas] jan-fev 2013.

124-WENDLING, Ana Paula Barbosa; MODENA, Celina Maria; SCHALL, Virginia Torre. O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes centros de saúde de Belo Horizonte, MG – Brasil = Abandonment of tuberculosis treatment in the perspective of health centers managers in belo horizontemg, Brazil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.1, p. 77-85, jan-mar. 2012 .

125-WILLIAMS, G et al. Care during the continuation phase. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 7, p. 731-5, Jul 2008a. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18544196> >. Care during the intensive phase: promotion of adherence. **Int J Tuberc Lung Dis**.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18492324 >. _____ . Starting treatment: caring for patients and their families. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v. 12, n. 5, p. 493-7, May 2008c. ISSN 1027-3719. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419883> >. Acesso em: 22 fev. 2012.

126-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is dots?** A guide to understanding the recommended TB control strategy known as DOTS. WHO Report. Geneva, 1999.

127-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing** : WHO Report. Geneva, 2008.

128-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach**. Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2008 a.

129-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Partnership. **The Stop TB Strategy**. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. World Health Organization. 2006. 24p.

130-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2012**. Tuberculosis – epidemiology. 2.Tuberculosis, Pulmonary – prevention and control. 3.Tuberculosis –

economics. 4.Directly observed therapy. 5.Treatment outcome. 6.National health programs – organization and administration. 7.Statistics.

131-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2013.** Tuberculosis – epidemiology. 2.Tuberculosis, Pulmonary – prevention and control. 3.Tuberculosis – economics. 4.Tuberculosis, Multidrug-Resistant. 5.Annual reports. I.World Health Organization.

ANEXO A INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

I - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1.	Tipo de unidade:	<input type="checkbox"/> UBS
		<input type="checkbox"/> UBS/PACS
		<input type="checkbox"/> USF
2.	Horário de funcionamento:	<input type="checkbox"/> 7:00 às 17:00
		<input type="checkbox"/> 8:00 às 17:00

II - IDENTIFICAÇÃO DO INFORMANTE CHAVE

RESPONSÁVEL PELAS AÇÕES DE CONTROLE DA TB NO SERVIÇO

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

ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

III - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 1: ESTRUTURA

RECURSOS HUMANOS

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

RECURSOS FÍSICOS

13.	Nesse serviço há disponibilidade de consultórios/salas para o atendimento ao doente de TB?	13.1	Consultórios médicos	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
		13.2	Salas para atendimento de enfermagem	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
14.	Há atualmente disponibilidade de cestas básicas ou vale alimentação para entregar aos doentes?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO		
15.	Há atualmente disponibilidade de vale transporte para entregar aos doentes?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO		
16.	Os profissionais possuem acesso aos seguintes	16.1	Ficha de notificação	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO

	instrumentos de registros:	16.2	Prontuários	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		16.3	Ficha de acompanhamento mensal de trat/o.	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		16.4	Ficha diária de TDO	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		16.5	Livro verde	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
17.	A Unidade de saúde possui os seguintes insumos/equipamentos para controle do tratamento:	17.1	Pote para exame de escarro	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		17.2	Pedido de baciloscopia	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		17.3	Pedido de cultura	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		17.4	Pedido de exame HIV	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		17.5	Ficha de referência e contra referência	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
18.	A disponibilidade (entrega) de medicamentos para TB nessa unidade de saúde nos últimos 12 meses atendeu a demanda?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO							
19.	Esse serviço de saúde atende fora do horário comercial (após às 17:00)?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
20.	São realizadas discussões dos casos de TB que realizam tratamento neste serviço pela equipe de profissionais responsáveis pelo tratamento desse agravo?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
21.	Os doentes de TB em tratamento conseguem consulta no prazo de 24 horas nesse serviço se passarem mal por causa da medicação ou da TB?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
22.	Os doentes de TB em tratamento são orientados a procurar pelo serviço de saúde fora da data agendada para retorno, caso apresentem algum problema relacionado à sua doença e tratamento?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
23.	Existe articulação desse serviço com outros níveis de atenção quando:	23.1	O doente necessita de consultas por possuir outras co-morbidades (diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		23.2	O doente é co-infectado pelo HIV	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		23.3	Há complicações no tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		23.4	Há dificuldades na realização do TDO	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
24.	O nº de vezes que o laboratório passa para buscar os exames de TB durante o tratamento é suficiente para atender a demanda desse serviço?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
25.	O resultado do exame de baciloscopia fica pronto e chega a esse serviço em até 7 dias?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
26.	Há no serviço de saúde um sistema informatizado contendo informações sobre o doente de TB (como consultas agendadas, faltas ao serviço, falta na supervisão medicamentosa...)?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
IV - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 2: PROCESSO – ATENÇÃO PROPORCIONADA							
27.	Os profissionais de saúde que acompanham o tratamento de TB nesse serviço costumam ouvir outros problemas de saúde e necessidades (além da doença) do doente?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
28.	Os doentes de TB são atendidos pelos mesmos profissionais cada vez que demandam ao serviço de saúde?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
29.	São passadas informações sobre a TB quanto à:	29.1	Forma de transmissão da doença	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		29.2	Horário de tomar a medicação	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		29.3	Reações adversas da medicação	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		29.4	Necessidade de examinar seus contatos	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		29.5	Importância da adesão ao tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
30.	Há discussão junto ao doente de TB sobre a forma de ser realizado o seu acompanhamento durante o tratamento em relação à:	30.1	Realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		30.2	Local de realização do TDO	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		30.3	Dia da semana para realização do TDO	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		30.4	Horário de realização do TDO	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		30.5	Horário da realização das consultas médicas de controle	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		30.6	Entrega da medicação	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
31.	Há regularidade no fornecimento da medicação para o doente de TB?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
				Frequência: <input type="checkbox"/> Semanalmente: nº vezes _____ <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Outro: _____			
32.	Esse serviço de saúde oferece TDO no:	32.1	Domicílio	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		32.2	Unidade de saúde	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		32.3	Trabalho	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
33.	Esse serviço de saúde oferece Visitas Domiciliares (VD) aos casos prioritários de TB (doentes com baciloscopia +, soropositivos, alcoolistas, dependentes químicos) ?			1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
34.	As ações educativas em TB voltadas para a comunidade são realizadas:	34.1	De forma rotineira?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		34.2	Em épocas de campanhas?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO

35.	É orientada a realização do exame anti-HIV aos doentes de TB em tratamento?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
36.	Esse serviço de saúde solicita baciloscopia de controle:	Mensal	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		Bimensal (2º, 4º e 6º meses)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		Esporadicamente	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
		No início e no final do tratamento	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO
37.	A baciloscopia de controle é entregue neste mesmo serviço de saúde?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
38.	Esse serviço de saúde realiza o agendamento de consultas médicas MENSAS de controle ao doente de TB?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
39.	A consulta médica de controle é realizada na mesma unidade que o doente realiza o TDO?	1 <input type="checkbox"/>	SIM			
		2 <input type="checkbox"/>	NÃO, mas há comunicação entre os serviços (telefone, informações escritas) sobre o tratamento do doente de TB?			
40.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais ajudam na marcação dos exames e consultas?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
41.	Quando o doente é encaminhado para outros serviços de saúde, os profissionais fornecem informações escritas (ficha de referência, resultado de exame, carta, etc) para entregar ao serviço referido?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
42.	Há contra-referência das informações referentes às consultas médicas realizadas fora desse serviço de saúde?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
43.	É realizada busca ao doente de TB quando ele falta a uma consulta médica/enfermagem?	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
44.	É realizada busca ao doente de TB quando ele não comparece na tomada da medicação/não busca a medicação na data correta? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	
45.	O livro de registro e acompanhamento de doentes ("livro verde") está atualizado? (3,0 pontos)	1 <input type="checkbox"/>	SIM	2 <input type="checkbox"/>	NÃO	

V - COMPONENTE DA AVALIAÇÃO 3: RESULTADOS (Essas informações deverão ser coletadas junto ao PCT municipal)

		2008	2009	2010	2011
46.	Número de doentes de TB que foram curados :				
47.	Número de doentes de TB que abandonaram o tratamento:				
48.	Número de doentes de TB que foram à óbito por TB :				
49.	Número de doentes de TB que foram à óbito por outras causas :				
50.	Serviço de saúde de notificação de casos novos em 2011				

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PARA O ANO DE 2011 (Essas informações deverão ser coletadas junto ao PCT municipal)

Número do paciente	Local de Notificação	Data do diagnóstico	Tipo de entrada	Desfecho	Tempo de tratamento
Local de Acompanhamento	Sexo	Aids	Alcoolismo	Diabetes	Doença mental
Outros Agravos	Forma				

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

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

Sua participação consistirá em responder um instrumento, por meio de uma discussão juntamente com outros membros da equipe de saúde, podendo durar em média 40 minutos. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose.

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

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me 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 2011.

Assinatura do entrevistado

Telefone: _____

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

Atenciosamente

Profª Drª Lucia Marina Scatena

CONTATO: Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Endereço: Avenida Getúlio Guaritá, 159. Abadia – Uberaba– MG; CEP 38025-440 – MG
Telefone (0XX34) 33185924 e.mail: lmscatena@uol.com.br